

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1904

N°

494

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 19 juillet 1904, à 1 heure

PAR

Louis GOURDOU

LES ÉPIPILOÏTES

CONSÉCUTIVES A LA

Cure radicale des Hernies

Président : M. LE DENTU, Professeur.

BERGER, Professeur.

Juges : MM. SCHWARTZ, Agrégé.

FAURE, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE
(anciennement 36, rue Serpente.)

1904

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen
Professeurs

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie organique et chimie minérale
 Histoire naturelle médicale
 Pathologie et thérapeutique générales
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Opérations et appareils
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie
 Pathologie comparée et expérimentale
 Clinique médicale
 Maladies des enfants
 Clinique de pathol. mentale et des maladies de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique chirurgicale
 Clinique ophtalmologique
 Clinique des maladies des voies urinaires
 Clinique d'accouchements
 Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile

M. DEBOVE
MM.
POIRIER.
CH. RICHER.
GARIEL.
GAUTIER.
BLANCHARD.
BOUCHARD.
HUTINEL.
BRISSAUD.
LANNELONGUE.
CORNIL.
MATHIAS DUVAL.
BERGER.
POUCHET.
GILBERT.
N....
BROUARDEL.
DEJERINE.
CHANTEMESSE.
LANDOUZY.
HAYEM.
DIEULAFOY.
DEBOVE.
GRANCHER.
JOFFROY.
GAUCHER.
RAYMOND.
FERRIER.
DUPLAY.
LE DENTU.
TILLAUX.
DE LAPERSONNE.
GUYON.
PINARD.
BUDIN.
POZZI.
KIRMISSON.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	FAURE.	LEGRY.	RIEFFEL (chef de
AUVRAY.	GILLES DE LA	LEGUEU.	travaux anatomiques)
BAZANÇON.	TOURETTE.	LEPAGE.	TEISSIER.
BONNAIRE.	GOSSET.	MAUCLAIRE.	THIERY.
BROCA Auguste.	GOUGET.	MARION.	THIROLOIX.
BROCA André.	GUIART.	MERY.	THOINOT.
CHASSEVANT.	HARTMANN.	POTOCKI.	VAQUEZ.
CUNEO.	JEANSELME.	RENON.	WALLICH.
DEMELIN.	LANGLOIS.	REMY.	WALTHER.
DESGREZ.	LAUNOIS.	RICHAUD.	WIDAL.
DUPRÉ.			WURTZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. LE DOCTEUR LAUNOIS

M. LE DOCTEUR TROISIER

M. LE DOCTEUR JULES VOISIN

MM. LES DOCTEURS LEGUEU ET MAUCLAIRE
(*Externat : 1901-1902.*)

M. LE DOCTEUR ALBERT ROBIN
(*Externat : 1902-1903.*)

M. LE DOCTEUR AUVRAY
(*Externat : 1903-1904.*)

M. LE PROFESSEUR BUDIN

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

M. LE PROFESSEUR LE DENTU

Professeur de clinique chirurgicale,

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

Membre de l'Académie de médecine,

Officier de La Légion d'Honneur.

INTRODUCTION

A la consultation de chirurgie de l'hôpital Broussais, nous vîmes un jour un malade qui avait été opéré d'une hernie inguinale peu de temps auparavant, et qui souffrait de vives douleurs abdominales, avait perdu l'appétit, et s'amaigrissait. A l'examen on remarquait dans le flanc et l'hypocondre du même côté, une vaste tuméfaction dure et mal limitée.

Il s'agissait d'une épiplôte consécutive à une cure radicale de hernie. L'assistant de la consultation, M. le docteur Auvray, nous engagea à étudier cette affection pour en faire le sujet de notre thèse.

Nous avons vu alors qu'il existait sur ces épiplôtes connues depuis douze ans, des écrits assez nombreux, thèses, articles, communications, etc.; chacun d'eux contenait un certain nombre d'observations.

Notre but a été de recueillir ces observations, de les étudier, d'y ajouter les nôtres, et d'en tirer l'histoire des épiplôtes post-opératoires.

Ce travail repose sur quarante-six observations,

dont quarante-deux sont dues à des auteurs français et étrangers ; les quatre autres, inédites, sont publiées ici.

Certes, nous nous sommes inspiré des idées de certains auteurs dont la compétence est indiscutable, mais nous nous sommes efforcé de ne jamais perdre de vue les faits consignés dans les observations.

Il nous a été impossible de publier celles-ci en totalité ; nous avons fait seulement exception pour quatre observations étrangères dont nous donnons la traduction résumée. Cette traduction a été faite par M. le docteur Kendirdjy, ancien interne des hôpitaux, qui a bien voulu mettre à notre disposition ses connaissances étendues des langues étrangères ; de plus, il n'a cessé de nous aider de ses conseils. A ce double titre nous lui adressons l'expression de notre plus profonde gratitude.

Nous remercions vivement M. Piquand, ancien interne des hôpitaux qui a été assez aimable pour nous faire un examen histologique, qui nous a été très précieux.

Nous remercions aussi M. le docteur Baudet, chef de clinique chirurgicale, et Mlle Gunzbourg, docteur en médecine, qui nous ont communiqué chacun une observation.

M. le docteur Auvray, qui a été pour nous un maître particulièrement bienveillant, et qui nous a inspiré le sujet de cette thèse a doublement droit à notre reconnaissance.

Nous prions enfin M. le professeur Le Dentu d'agréer l'expression de notre profonde gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

LES ÉPIPLOÏTES CONSÉCUTIVES A LA CURE RADICALE DES HERNIES

HISTORIQUE

Les épiploïtes consécutives à la cure radicale des hernies sont connues depuis le moment où, grâce aux méthodes antiseptiques, la chirurgie herniaire a commencé à se vulgariser.

C'est M. Lucas-Championnière, en 1892, qui, dans son *Traité sur la cure radicale des hernies*, parle le premier des épiploïtes consécutives à cette opération.

En 1895, au IX^e Congrès français de chirurgie, M. Reynier en présenta deux observations.

Roche, dans sa thèse soutenue à Montpellier, en 1896, réunit sept observations d'épiploïte secondaire, d'après lesquelles il fait le premier la description de l'affection.

D'autres publications sur ce sujet parurent : en 1897, celle de Bœckel dans la *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, et celle de Mencières dans la *Gazette hebdomadaire*. Des communications furent faites en 1899 par M. Morestin à la Société anatomique, et

par M. Monod à la Société de chirurgie ; un certain nombre de membres de celles-ci rapportèrent leurs cas personnels, et exposèrent leurs idées sur la question.

Aussi Sauget dans sa thèse présentée à Paris en 1899, put-il réunir quatorze cas d'épiploïte post-opératoire : il en donne le premier une division clinique.

En 1900, ce sujet est encore traité par M. Morestin en deux articles publiés dans la *Gazette des hôpitaux* ; par Schnitzler, dans le *Wiener Klinische Rundschau* ; par Latis dans la *Gazzetta degli ospedali* de Milan ; en 1901 par Dejardin à la Société belge de chirurgie de Bruxelles, en 1902 par Willems (de Gand) dans une réunion de cette même Société, et par M. Martel dans la *Loire médicale* de Saint-Etienne.

Enfin, en février 1903, M. le professeur Le Dentu, dans son cours de clinique chirurgicale de l'hôpital Necker, consacre une leçon aux épiploïtes secondaires ; il leur consacre aussi un chapitre dans sa Clinique chirurgicale parue récemment cette année.

D'autre part les travaux de M. Roger (1895), de MM. Cornil et Carnot, de M. Milian (1899) sur la physiologie du grand épiploon contiennent un certain nombre de faits capables d'enrichir la question.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Les épiploïtes consécutives à la cure radicale des hernies surviennent chez des sujets qui ont subi une cure radicale au cours de laquelle l'épiploon a été lié et réséqué, ou simplement manipulé par le chirurgien.

« La fréquence absolue de cette complication est assez difficile à déterminer. Quelques chirurgiens déclarent n'en avoir jamais vu, d'autres n'ont eu à s'en occuper qu'une fois ou deux sur les centaines de hernies qu'ils ont opérées » (Morestin). Mais il faut tenir compte que dans les milieux hospitaliers il est difficile de suivre ses malades, de sorte qu'il y aura toujours des épiploïtes secondaires ignorées, soit qu'elles aient été tardives, soit qu'elles aient été bénignes. Néanmoins, on peut admettre qu'il s'agit là d'une complication relativement rare, si l'on compare le nombre des épiploïtes connues à celui des hernies que l'on opère chaque année dans nos hôpitaux.

Certes, l'épiploon comme tous les tissus, est suscep-

tible de s'infecter et de suppurer, et l'épiploïte a été observée nombre de fois en dehors de la cure radicale, soit à la suite d'ablation des annexes, soit à l'occasion de salpingo-ovarites, de perforations intestinales, d'appendicites (Levrey, Schnitzler). Ne nous étonnons donc pas de voir s'infecter le grand épiploon, lorsqu'il a été, au cours d'une cure radicale « l'objet de manœuvres plus ou moins longues et compliquées, libérations, décollement d'adhérences, resection et ligature » (Morestin). Mais comment se fait cette infection ?

INFECTION DIRECTE PAR LE CHIRURGIEN

Il est naturel de penser tout d'abord que l'infection a été apportée directement par les mains du chirurgien ou de ses aides, par les instruments, etc.

Cette manière de voir n'a pour ainsi dire pas de partisan : en cela on rend un hommage mérité à des opérateurs fort avantageusement connus, et à juste titre. D'ailleurs, les épiploïtes qui suivent l'opération de hernie apparaissent, dit-on, assez longtemps après cette opération, quelquefois des mois et des années après elle ; il y a là un fait qui permet d'écarter la possibilité d'une infection directe dont les effets se manifesteraient beaucoup plus tôt. Et, dans la plupart des cas, les suites opératoires immédiates ont été des plus satisfaisantes, la plaie s'est réunie par première intention.

Cependant, nous croyons que cette infection directe est possible. Voyons comment elle se fait :

LES FILS DE SOIE

Les auteurs ont été unanimes à incriminer les fils de soie.

Et, en effet, dans la plupart des observations, c'est la soie qui a servi à la ligature de l'épiploon.

Sur 26 cas sur lesquels nous avons pu avoir des renseignements relatifs à l'opération, la soie a été employée 18 fois, le catgut 8 fois seulement.

De plus, dans l'épiploïte suppurée, « on trouve des fils de soie dans le pus, et les accidents disparaissent après l'élimination du dernier fil » (Sauget).

Au cours de diverses interventions, on a trouvé inclus dans la masse des adhérences épiploïques des fils de soie entourés d'une quantité plus ou moins notable de pus. Puis, ce fil ne se résorbe pas : c'est un corps étranger qui restera au sein des tissus où il jouera le rôle d'épine inflammatoire, sollicitera et favorisera des infections qui, sans lui, auraient pu être conjurées par les divers moyens de défense de l'organisme.

Et cela est d'autant plus possible que les soies sont d'une asepsie toujours douteuse : on les emploie sous forme de tresses présentant une infinité d'alvéoles, d'où il est difficile de déloger les microbes qui s'y retranchent, et donneront lieu plus tard à des accidents épiploïques.

D'autre part, le fil de soie est entouré d'un enduit organique dont la présence augmente encore les difficultés de sa stérilisation.

Après un tel réquisitoire, il est difficile de n'être pas convaincu du rôle malfaisant des fils de soie : mais il reste encore à établir leur mode d'action.

Transportent-ils dans les tissus des germes dont la virulence se réveillera à plus ou moins longue échéance, sous des influences diverses ?

Ou bien, parfaitement aseptiques, s'infectent-ils plus tard au contact d'un organe malade, d'une suppuration de voisinage ?

La première opinion qui admet l'infection primitive des fils a pour défenseurs MM. Hartmann, Mencièrè Schnitzler, Morestin. La difficulté de stériliser les fils de soies tressées est un fait qui plaide dans ce sens. « D'une manière générale, dit M. Morestin, il n'est pas douteux que l'infection ne se produise au moment et à propos de l'opération. Ce sont les fils à ligature qui sont à l'ordinaire les agents incriminés, et surtout ces énormes soies plates dont il est si difficile d'obtenir la stérilisation parfaite. »

Le réveil tardif des accidents épiploïques milite contre cette théorie de l'infection primitive. Mais nous interviendrons ici pour faire remarquer que les épiploïtes post-opératoires n'apparaissent pas toujours aussi tardivement qu'on s'est plu à le dire. Sur 36 observations que nous avons consultées, le début de l'affection n'a été réellement tardif que 9 fois, c'est-à-dire dans le quart des cas. Et 27 fois les troubles ont apparu deux

jours, dix jours, vingt et trente jours après l'opération.

Voici comme nous interprétons ces chiffres : 20 et 30 jours, chiffres que l'on relève le plus souvent représentent justement le temps de repos au lit que l'on impose à un opéré de hernie ; il peut, ce temps écoulé, se lever et même, dans les cas favorables, reprendre ses travaux. Nous pensons donc que dans ces cas, les plus fréquents, la suppuration épiploïque a débuté très tôt, mais ne s'est révélée par aucun signe subjectif tant que le malade est resté au lit : les troubles n'éclatent qu'au moment où il essaie de marcher et de reprendre sa vie coutumière.

De plus, nous verrons, à propos du traitement, que souvent le repos au lit seul suffit à enrayer les accidents d'épiploïte ; rien d'étonnant alors que ce même repos au lit puisse atténuer les premiers symptômes de l'affection.

Ceci posé, l'argument fondé sur l'apparition tardive des phénomènes épiploïques perd singulièrement de sa valeur.

Nous admettrons donc la théorie de l'infection primitive des fils de soie, en quelque sorte avec regret, puisqu'elle met en doute l'asepsie des opérateurs ; mais disons à leur décharge que la difficulté de stériliser la soie, et le rôle fâcheux de celle-ci comme corps étranger, sont surtout les causes du mal.

Nous ne rejetons pas pour cela la seconde opinion soutenue par MM. Reynier, Duplay et Bœckel.

Les fils, disent ces auteurs, sont aseptiques, mais s'infectent secondairement.

Si ce n'est pas la règle, il arrive en effet assez souvent que les épiploïtes secondaires apparaissent très tardivement, quatre, six mois, trois ans, cinq ans même après l'opération de hernie. Dans ce cas, l'hypothèse d'une infection primitive qui resterait latente pendant si longtemps doit céder le pas à une autre hypothèse plus simple, plus conforme à la réalité des faits, celle de « l'influence d'une infection secondaire soit par voie sanguine, soit par toute autre voie, qui vient se localiser au niveau du corps étranger » (Duplay).

« Le fil s'infecte secondairement, dit M. Reynier, lorsque, mis sur un organe à contenu septique comme une trompe utérine, un uretère, un épiploon infecté par son séjour prolongé dans un sac herniaire, il arrive à couper l'organe lié et à se mettre en contact avec son contenu septique. La date tardive des accidents milite en faveur de cette infection secondaire des fils de soie ».

Un certain nombre de faits assurément donne raison à cette manière de voir, mais l'infection primitive des fils n'en demeure pas moins la plus habituelle.

LE CATGUT

Dans quelques observations l'épiploon avait été lié au catgut : on ne peut guère admettre son infection secondaire puisqu'il se résorbe, mais son infection primitive au moment de l'opération doit être admise aussi bien

que pour la soie. A l'appui de cette thèse, Schnitzler cite le fait suivant : un homme meurt de granulie quatorze jours après avoir subi une laparotomie ; la plaie opératoire était parfaitement aseptique, mais on trouva une goutte de pus au niveau de deux ligatures épiploïques faites au catgut ; et pourtant il n'y avait eu après l'opération aucune manifestation inflammatoire.

L'infection primitive du catgut existe donc, puisqu'elle a été pour ainsi dire prise sur le fait.

Mais quand il s'agit d'épiploïtes qui apparaissent plusieurs mois ou plusieurs années après l'opération, on est obligé d'invoquer un autre mécanisme.

INFECTION PAR L'OPÉRÉ LUI-MÊME

Il peut arriver qu'un opéré de hernie, nerveux, alcoolique, ou simplement indocile déplace son pansement, souille sa plaie ; si alors une épiploïte se déclare, sera-t-elle due aux manœuvres de ce malade ?

Roche et Sauget le croient : dans une observation citée par ces deux auteurs, (*Th. de Sauget, Obs. IX*) un opéré de hernie a passé la main sous son pansement, et souillé sa plaie de son urine ; dix jours après l'épiploïte apparaissait. Un cas semblable, dit Sauget, est rapporté par le docteur Ferrand (de Blois). Dans notre observation IV, des accidents épiploïques apparurent le lendemain même du jour où l'opéré avait déplacé et sali son pansement.

Les faits de ce genre sont trop peu nombreux pour qu'on puisse croire fermement à cette infection par le malade lui-même. Et d'ailleurs pourquoi irait-elle choisir l'épiploon plutôt qu'un autre tissu ? pourquoi cette prédilection au moins bizarre d'une infection partie de la périphérie pour un tissu situé si profondément ? Est-ce parce que l'épiploon lié et réséqué se trouve dans de plus mauvaises conditions organiques ?

Disons, pour ne pas rejeter complètement une opinion qui, somme toute, s'appuie sur des faits, que dans ces cas l'épiploon porte déjà en lui les germes d'une infection, qui, peut-être, serait restée latente plus ou moins longtemps, ou ne se serait jamais manifestée, mais qui s'est réveillée sous l'influence des mouvements du malade et des nouveaux germes déposés à la surface de la plaie.

L'ÉPIPLOON

« Il serait absolument injuste d'imputer exclusivement à l'opérateur tout ce qui peut survenir du côté du moignon épiploïque. Bien souvent, l'épiploon porte en lui-même les germes de l'infection, quand, par exemple, il a été le siège d'une poussée inflammatoire récente ou de poussées successives. C'est la règle dans les épiploïtes anciennes. L'organe est modifié et méconnaissable, épaissi, dur, résistant ; il a changé d'aspect et

de structure, il adhère au sac et au collet du sac » (Morestin).

Et, en effet, l'épiploon contenu dans le sac ne se présente pas toujours à l'état sain.

Parmi les observations que nous avons lues ou recueillies, 31 seulement donnaient des détails sur l'état de l'épiploon trouvé dans le sac ; 14 fois cet épiploon présentait des altérations diverses ; il était :

6 fois adhérent.

3 — congestionné, adhérent, étranglé.

2 — tordu sur lui-même.

1 — sphacélé.

1 — congestionné, hémorragique.

1 — infiltré.

Ces diverses lésions sont quelquefois le résultat de phénomènes d'engouement ou d'étranglement, et peuvent être aseptiques ; mais il n'en est pas toujours ainsi, car elles peuvent être dues aussi à des germes venus « de l'intestin à travers les adhérences d'une péritonite localisée ou par voie sanguine. »

L'épiploïte alors préexiste pour ainsi dire à l'opération, et les germes de l'épiploon, quelquefois même malgré la résection étendue de celui-ci, transporteront dans l'abdomen la fâcheuse influence qu'ils exerçaient auparavant dans le sac.

« Comment ne pas faire dans la pathogénie « des accidents épiploïques » une part notable à l'épiploon lui-même, quand on voit une épiploïte des mieux carac-

térisées se développer, formant une tumeur énorme, alors que la paroi abdominale ne présente rien d'anormal, alors que pas un fil ne s'est éliminé, alors même qu'on s'est livré à une opération... complexe et délicate?... les suppurations pariétales sont fréquemment dans les opérations portant sur l'abdomen, le témoin d'une infection qui a épargné le péritoine, et l'on admet que le tissu cellulaire, les plans aponévrotiques minces et peu vasculaires sont plus exposés que la séreuse. .

« ...Il est donc très probable que l'épiploon adhérent et chroniquement enflammé doit être, dans une certaine mesure, rendu responsable des accidents qu'il présente » (Morestin).

LA RÉSECTION DE L'ÉPIPLOON

La résection de l'épiploon au cours de la cure radicale est-elle la cause des épiploïtes qui peuvent survenir ensuite ?

Certes, cette résection nécessite des manœuvres plus longues, des ligatures plus nombreuses, toutes causes qui multiplient les chances d'infection.

L'épiploon, s'il faut en croire M. Roger et M. Rauvier, défend la cavité abdominale en détruisant les microbes introduits dans le péritoine.

MM. Cornil et Carnot ont établi le rôle du grand épi-

ploon comme régénérateur des tissus et des organes.

M. Miliau nous apprend que le grand épiploon est une membrane mobile qui combat les suppurations de la cavité abdominale, soit en se portant vers elles et en leur opposant une barrière d'adhérences, soit en déversant sur elles une « véritable pluie leucocytaire. »

En présence de ces faits, on se demande s'il n'y aurait pas quelque danger à réduire les dimensions de l'épiploon, et à le transformer en un moignon chargé de ligatures

« Si l'on résèque le grand épiploon, dit M. Carnot, un nouveau tissu peut se constituer à sa place, *le plus souvent adhérent aux parties voisines* ».

Voilà donc l'épiptoïte réalisée expérimentalement après résection du grand épiploon.

Cela est décisif, et l'on est obligé d'attribuer à la résection épiploïque une part de responsabilité dans l'éclosion des accidents épiploïques consécutifs.

Mais il serait osé d'en conclure qu'au cours d'une cure radicale, on doit s'abstenir de réséquer l'épiploon contenu dans le sac; ce point sera développé à propos du traitement préventif.

BACTÉRIOLOGIE

On est fort peu renseigné sur les microbes qui produisent la suppuration secondaire de l'épiploon.

Roche signale le coli-bacille ; il y a d'ailleurs une certaine vraisemblance à songer avant tout à cet hôte habituel de l'intestin, qui peut s'insinuer jusqu'à l'épiploon, soit par voie sanguine, soit à la faveur d'adhérences péritonéales.

Chez un malade de M. Mencièrè (*Gazette hebdomadaire*), une épiploïte avec collection abondante de pus nécessita une intervention : le liquide évacué fut examiné par M. le docteur Méry qui y décela le *staphylococcus albus*.

CONCLUSION

Dans cette pathogénie, on voit que nous avons accordé droit de cité à toutes les opinions, et on nous reprochera peut être d'avoir été trop éclectique.

Mais, comme nous l'avons vu, tantôt l'épiploïte secondaire apparaît peu de temps après la cure radicale, tantôt au contraire plusieurs mois et même plusieurs années après cette opération ; dans tel cas on a employé la soie, dans tel autre le catgut ; tantôt l'épiploon est primitivement sain, tantôt il présente des altérations diverses.

En présence de circonstances si différentes les unes des autres, il était impossible d'invoquer une seule et même théorie, et l'éclectisme, croyons-nous, était de rigueur.

D'ailleurs, si nous considérons l'extrême diffusion

des bactéries, qui pullulent dans tous les milieux, autour de nous et dans notre organisme, si nous considérons d'autre part leur fâcheuse tendance à s'insinuer partout, à profiter de toutes les voies qui leur sont offertes, vaisseaux sanguins ou lymphatiques, canaux glandulaires, solutions de continuité, nous en déduirons que, lorsqu'il s'agit de déterminer l'origine d'une infection, il serait illogique de vouloir assigner au microbe telle ou telle porte d'entrée, à l'exclusion de toutes les autres.

•

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Ce chapitre sera nécessairement incomplet, car la plupart du temps, les malades ont guéri sans intervention sanglante. Nos seules ressources se bornent aux très rares examens anatomiques que l'on a faits, et aux renseignements fournis par les chirurgiens sur les lésions macroscopiques qu'ils ont constatées au cours des opérations.

ANATOMIE MACROSCOPIQUE

Les épiploïtes consécutives à la cure radicale des hernies se manifestent cliniquement par une tuméfaction, qui répond anatomiquement à des produits inflammatoires nés du moignon épiploïque. Ces produits consistent en :

- Collections purulentes,
- Brides épiploïques adhérentes aux organes voisins,
- Tissus sclérosés durs et ligneux.

Pus, adhérences, tissu scléreux sont les trois aboutissants du processus inflammatoire.

Dans un certain nombre de cas, l'un ou l'autre de ces éléments prédomine d'une façon si nette, qu'il est permis de distinguer tout d'abord trois formes anatomiques principales, *la forme suppurée, la forme adhésive, la forme scléreuse.*

Dans d'autres cas, ces éléments se combinent de façons diverses, constituant ainsi des formes mixtes.

Nous avons pu recueillir des renseignements sur 23 observations.

La forme suppurée s'est présentée...	5 fois
La forme adhésive.....	5 —
La forme scléreuse.....	3 —
On a trouvé du pus inclus dans une masse scléreuse.....	6 —
Du pus et des adhérences.....	3 —
Les trois éléments réunis.....	1 —

Formes principales.

Forme suppurée.

Après avoir ouvert le péritoine, on se trouve dès qu'on aborde le pédicule épiploïque en présence d'une poche purulente assez vaste dont l'incision donne issue à un pus épais et crémeux.

Cette collection peut cheminer vers la surface et aller s'ouvrir à la paroi abdominale. Il s'en suit que l'opérateur la rencontre quelquefois avant d'atteindre l'épiploon, dans la paroi même, à des profondeurs variables.

La poche purulente est incluse dans une masse d'adhérences qui protègent le péritoine : mais ces adhérences sont peu nombreuses, la poche purulente constitue le fait anatomique dominant.

Epiploïtes avec adhérences.

Ou bien le moignon épiploïque est transformé en une masse fibreuse centrale, d'où convergent des brides adhérentes à divers points de la paroi, au côlon, à l'estomac, aux anses intestinales. Ces adhérences, en général, nombreuses et solides font courir un grand danger au malade.

On a vu les anses grêles agglutinées entre elles par un magma d'adhérences ; une fois celles-ci formaient autour du côlon un véritable manchon épais et dur, rattaché lui-même aux parties voisines ; ou bien c'est une anse grêle à cheval sur le moignon épiploïque qui adhère à la paroi (Observations de Lucas-Championnière et de Dejardin). Enfin dans notre observation III, une anse intestinale avait été attirée en avant par de solides adhérences qui l'avaient collée à la paroi.

• *Epiploïte à forme scléreuse.*

C'est une forme dans laquelle l'épiploon présente des lésions particulièrement intéressantes : il est alors transformé en une masse grisâtre, saignant facilement, dure ligneuse, sclérosée, criant sous le bistouri, adhérente à la paroi abdominale avec laquelle elle fait corps ; épiploon, péritoine pariétal, plan musculo-aponévrotique peuvent être également intéressés par cette infiltration scléro-ligneuse.

Il s'agit alors d'un phlegmon de l'épiploon que son caractère d'induration extrême permet de comparer aux phlegmons ligneux ou phlegmons chroniques. L'opérateur y cherche vainement du pus.

Formes mixtes.

Mais parfois au contraire, le chirurgien après avoir cheminé plus ou moins longtemps à travers ce tissu résistant, voit apparaître du pus. Ainsi se trouve constituée une première forme mixte, tenant à la fois de la forme suppurée et de la forme scléreuse. Citons comme exemple un cas de M. Reynier. « On tombe sur un tissu dense et scléreux formé par l'épiploon au milieu duquel on chemine avec le doigt, à grand peine, sans trouver le moindre foyer purulent. » L'opérateur est alors obligé

de faire une seconde incision « qui le mena sur un tissu semblable : mais après avoir effondré ce tissu sur une notable étendue, il rencontra un foyer purulent ne renfermant guère qu'un verre à liqueur de pus » M. Le Dentu cite un cas semblable.

Cette forme est fréquente : ce qui est à remarquer, c'est qu'au milieu de la masse scléreuse énorme, on trouve une petite quantité de pus. « La collection purulente a habituellement des proportions exiguës par rapport à la tumeur. » (Le Dentu).

Bien souvent, quand il s'agit de la cavité abdominale, qui dit pus dit adhérences : il faut donc s'attendre à rencontrer une seconde forme mixte présentant ces deux éléments.

Et, en effet, nous rangeons dans cette catégorie deux observations où le pus s'est fait jour dans l'intestin ; les deux malades ayant guéri rapidement, il faut donc admettre que des adhérences épiploïques s'étaient alors formées assez solides et assez nombreuses, pour protéger le péritoine.

M. Lucas-Championnière, au cours d'une intervention, libéra d'abord une anse intestinale adhérente à une bride épiploïque, et évacua ensuite une vaste poche purulente.

Une observation de Schnitzler est fort intéressante (voir Obs. VI), car on y trouve réunies, chez le même sujet, les trois formes purulente, adhésive, scléreuse.

Il s'agit d'un malade atteint d'épiploïte secondaire

qui suppura, et dont le pus vint s'ouvrir dans la vessie, ce qui fut révélé par l'examen des urines et par la cystoscopie.

Dans un pareil cas, des adhérences ont protégé le péritoine contre l'envahissement du pus : d'ailleurs, par le toucher rectal, on constate une masse dont on ne peut atteindre la limite supérieure, et qui, pour nous, représente les adhérences qui ont conduit le pus du moignon épiploïque dans la vessie.

On eut à intervenir, et l'auteur dit : « la cavité est drainée, et une partie des tissus avoisinants qui étaient d'une dureté extrême, *callex*, est réséquée. »

Voici donc une forme entièrement mixte. On voit aussi que cette observation est intéressante à un autre point de vue : cette ouverture du pus de l'épiploïte dans la vessie est un fait des plus curieux, et, jusqu'ici, unique.

ANATOMIE MICROSCOPIQUE

Les recherches microscopiques se bornent à peu de chose.

Nous avons déjà dit que Roche, dans sa thèse, attribue l'infection épiploïque au coli-bacille, mais il ne nous dit pas si son assertion est le résultat d'examen bactériologiques.

Répetons que le pus d'une épiploïte suppurée fut

examiné par M. Méry qui y découvrit le staphylococcus albus.

Nous apportons ici l'examen histologique de deux fragments d'épiploon, prélevés au cours d'une intervention, dans une épiploïte à forme scléreuse.

Il s'agit de notre observation I : on avait affaire à une épiploïte qui nécessita une intervention. L'opérateur, M. Kendirdjy, trouva la paroi abdominale infiltrée, dure, ligneuse ; en s'avancant, il pénétra dans un tissu gris, induré, méconnaissable, au milieu duquel se trouvaient des fongosités gris-jaunâtres, petites masses lobulées, grasses ; c'était de l'épiploon macéré : on en préleva deux fragments dont M. Piquand pratiqua l'examen histologique.

Voici le résultat de cet examen :

Examen du fragment le plus volumineux. — Coupes au centième de millimètre, coloration à l'hématoxyline et à l'éosine.

L'épiploon présente un aspect presque normal, par sa disposition réticulée habituelle. On y constate seulement une congestion très marquée : les vaisseaux en sont dilatés, gorgés de sang. Autour d'eux existe une prolifération considérable de cellules embryonnaires qui emplissent presque complètement les mailles du réseau conjonctif, et forment des amas volumineux aux points nodaux des mailles. En deux points, on voit au milieu de ces cellules embryonnaires des globules de sang extravasés formant de véritables infarctus hémorragiques.

En somme, lésions simples de congestion et d'inflammation.

Examen des coupes du second fragment. — Ces coupes pratiquées dans les mêmes conditions que précédemment, présentent des lésions analogues, mais plus accentuées. Là aussi, le fait dominant est la congestion des vaisseaux avec prolifération de cellules embryonnaires et extravasation des globules de sang formant des infarctus hémorragiques.

De plus, en certains points, on trouve, à la limite des foyers d'infiltration cellulaire, des bandes de tissu fibreux. En d'autres points, on voit des cellules mal limitées, difficilement colorables par les réactifs, et qui semblent être des foyers en voie de nécrose.

En résumé, nous avons affaire à un épiploon qui présente des lésions d'inflammation et de congestion avec foyers d'infiltration cellulaire. Ces lésions ont surtout tendance à la transformation fibreuse, et par endroits à la désintégration et à la nécrose.

PROCESSUS GÉNÉRAL DE CES DIVERSES LÉSIONS

Essayons d'expliquer le mécanisme des lésions que nous venons de décrire.

Au début toute épiploïte est suppurée. « Si l'on in-

tervient de bonne heure croyant avoir la main forcée, dit M. Morestin, on trouve généralement *de petits abcès collectés* au centre de la masse épiploïque... »

Rappelons le cas de Schnitzler : un homme avait été opéré d'une hernie, l'épiploon avait été lié et réséqué ; quinze jours après il mourait de granulie, et à l'autopsie, on trouvait une *goutte de pus* au niveau du moignon épiploïque.

Le même auteur nous dit qu'il lui paraît douteux qu'une épiploïque post opératoire puisse évoluer sans pus.

Citons encore ce passage d'une observation de M. Reynier qui relate ainsi une intervention pour épiploïte adhésive : « l'épiploon à sa partie inférieure formait une masse... adhérente à l'intestin ; je la libérai..., la séparant du reste de l'épiploon, et je l'enlevai comme une tumeur maligne ; on fendit cette masse : au centre on retrouva un double fil de soie entouré d'une *petite collection purulente*...

Nous admettrons donc que l'épiploïte débute anatomiquement par une ou plusieurs petites collections de pus développées autour des fils qui ont servi à la ligature.

Qu'arrivera-t-il ensuite ?

Les globules blancs et les cellules conjonctives formeront alors des adhérences, qui d'une part protégeront le péritoine, et d'autre part combattront le processus inflammatoire.

Deux éléments antagonistes sont donc en présence, le pus et les adhérences épiploïques ; et selon que l'un ou

l'autre l'emportera, nous aurons l'une des deux formes anatomiques principales, *la forme suppurée* ou *la forme adhésive*.

La formation d'adhérences épiploïques représente un mode de réaction de l'épiploon contre la suppuration initiale, mais il arrive que l'épiploon réagit autrement : ses vaisseaux se dilatent, des bandes de tissu fibreux s'y forment peu à peu, des cellules embryonnaires se substituent aux vésicules adipeuses de la membrane qui deviendra bientôt une masse scléreuse très dure. Nous aurons *la forme scléreuse*.

C'est là un mode de défense lent et peu actif, mais suffisant pour combattre une infection torpide à bacilles peu virulents : c'est le même mode de réaction que l'on observe dans les phlegmons ligneux, dans l'actinomycose, qui sont eux aussi des exemples d'infection atténuée.

Les adhérences ou le tissu ligneux de réaction, dans certains cas, sans aller jusqu'à anéantir la suppuration, peuvent tout au moins arrêter ses progrès, limiter l'extension de la collection purulente : ainsi se trouvent expliquées les formes mixtes, celles où l'on voit à la fois soit du pus et des adhérences, soit du pus et du tissu scléro-ligneux.

Il nous reste à faire une remarque. Dans la forme adhésive, les adhérences jouent tout d'abord un premier rôle bienfaisant en arrêtant les progrès de la suppuration ; puis un second rôle, malfaisant cette fois, en se développant outre mesure, et en produisant divers accidents du côté du tractus intestinal. Supposons que ces

adhérences se bornent au premier de ces rôles, et nous aurons le secret de ces épiploïtes qui guérissent sans intervention, parce que, ni elles ne suppurent, ni elles ne présentent d'accidents d'obstruction. Dans ces cas, il y a eu assez d'adhérences pour combattre la suppuration, pas assez pour produire des accidents mécaniques d'obstruction intestinale.

SYMPTOMATOLOGIE

Sauget dans sa thèse donne des épiploïtes consécutives à la cure radicale trois descriptions différentes correspondant chacune à un type clinique défini : c'est ainsi qu'il énumère séparément les symptômes des épiploïtes plastiques simples, des épiploïtes plastiques avec adhérences, enfin des épiploïtes suppurées.

La lecture de nos observations nous a montré qu'il existait assez d'uniformité dans les symptômes des épiploïtes secondaires, pour qu'on pût tracer un tableau unique de ces symptômes.

Malgré quelques divergences, il existe tout au moins une première période, variable d'ailleurs, pendant laquelle les épiploïtes présentent suffisamment de points communs, pour qu'on en puisse faire une description unique.

Cette période écoulée, des dissemblances plus importantes surviennent, mais alors l'épiploïte touche à sa terminaison.

Ce n'est donc pas ici, mais au chapitre de l'évolution que la division de Sauget pourra trouver sa place.

Un sujet subit une cure radicale de hernie au cours de laquelle on pratique la ligature et la résection de l'épiploon.

Les suites opératoires sont des plus satisfaisantes, la plaie se réunit par première intention. l'opéré ne présente pas d'élévation de température, ne souffre pas; quelquefois cependant, il y a une légère suppuration de la plaie, le malade ressent de vagues douleurs, mais ces incidents sont en somme très peu importants, et rien ne fait préaager les accidents qui vont survenir.

Le plus souvent c'est peu de temps après l'intervention — et nous insistons sur ce point — au bout de vingt-cinq ou trente jours environ, c'est-à-dire au moment où le chirurgien permet à son opéré de se lever et de reprendre ses travaux, que des douleurs apparaissent.

Elles sont localisées autour de l'ombilic, à droite ou à gauche selon le côté opéré, en général au niveau ou au-dessus de l'ombilic. Elles sont d'abord peu violentes et ne se font sentir qu'après les repas, et lorsque le malade fait des mouvements, des efforts de toux; mais elles augmentent bientôt d'intensité et de fréquence. Elles peuvent aussi étendre leur siège, et occuper tout le ventre, flancs, hypocondres, fosses iliaques, etc.; parfois elles s'irradient aux lombes, à la verge, aux cuisses. Dans d'autres cas, elles se présentent sous forme de crises intermittentes, apparaissant à des intervalles réguliers d'un quart d'heure ou de vingt minutes, durant

quelques minutes, et disparaissant pour reparaitre bientôt après (Obs. I). Elles sont quelquefois assez fortes pour nécessiter l'emploi de la morphine, et même pour constituer à elles seules une indication opératoire.

Divers troubles digestifs viennent s'ajouter à ce symptôme. La langue est saburrale, l'appétit très diminué ; il existe une douleur au creux épigastrique, mais on ne sait pas toujours s'il s'agit là de gastralgie ou d'une irradiation douloureuse.

Presque toujours on observe des nausées, et assez souvent des vomissements, et c'est même là un mode de début assez fréquent dans cette affection.

Dans quelques cas, très rares d'ailleurs, il y a des vomissements fécaloïdes, traduisant la réaction du péritoine.

La constipation est la règle : elle s'accompagne de ballonnement du ventre. Dans une observation, elle coexistait avec du ténésme rectal.

C'est quelques jours après le début de ces divers signes fonctionnels, qu'une tuméfaction apparaît, en général dans les régions supérieures de l'abdomen, dans le flanc, dans l'hypocondre, à droite ou à gauche selon le côté où l'on a réséqué l'épiploon.

On la trouve rarement dans la fosse iliaque ou l'hypogastre, et un plan horizontal passant par l'ombilic en marque presque toujours la limite inférieure. Car elle naît du bord libre de l'épiploon : or celui-ci ayant été réséqué, ce n'est plus au pubis qu'il faut aller chercher

son bord libre, mais à l'ombilic; on sait qu'au cours d'une cure radicale, le moignon épiploïque remonte assez haut dans l'abdomen; aussi la masse inflammatoire qui naîtra de son bord libre sera-t-elle para-ombilicale ou sus-ombilicale; beaucoup plus rarement sous-ombilicale.

Quelquefois, cependant, elle occupe d'emblée la fosse iliaque ou l'hypogastre : mais il s'agit là de faits rares, et dans lesquels il n'est pas sûr d'ailleurs, que l'épiploon ait été réséqué (Obs. I).

Cette tuméfaction a la forme d'un gâteau à limites peu précises dont les dimensions sont celles d'une paume, de deux paumes de main d'adulte. C'est du moins le volume qu'elle présente au début, car, plus tard, elle est susceptible de s'accroître, de s'enfoncer sous les fausses côtes, de descendre en bas dans la fosse iliaque, de dépasser la ligne médiane et occuper plus ou moins le côté opposé.

Ce gâteau dur, tendu, généralement douloureux à la palpation, est situé immédiatement derrière la paroi abdominale, collé pour ainsi dire au péritoine pariétal. La peau qui le recouvre a une coloration normale; elle est mobile sur lui, ainsi que les divers plans de la paroi. Lorsqu'on fait faire au malade des mouvements qui ont pour but de mettre en jeu la contraction de ses muscles abdominaux, on constate encore l'indépendance de la masse et de la paroi. Il en est ainsi, du moins pendant les premiers jours ou les premières semaines de l'affection; plus tard, il peut arriver que la paroi abdominale ne soit plus mobile sur le gâteau : cette soudure a été

opérée par des adhérences épiploïques, ou bien une collection purulente est en marche vers l'extérieur : ou encore il s'agit d'une infiltration ligneuse qui gagne de proche en proche les divers plans de la paroi, du centre à la périphérie, formant un véritable plastron.

Quant à la masse elle-même, sa mobilité sur les plans sous-jacents est variable : tantôt elle ballotte et suit les mouvements respiratoires, tantôt, au contraire, on ne peut la mobiliser : cela dépend de la longueur du moignon épiploïque, et du nombre des adhérences.

Parfois, à jour frisant on se rend compte que la région qui correspond à la tumeur présente une voussure ; cette voussure peut être très accentuée dans quelques cas. Si une collection purulente menace de s'ouvrir au dehors, la peau est alors rouge, luisante, tendue.

Enfin, la cicatrice opératoire, le plus souvent en parfait état, présente quelquefois, et surtout à son extrémité supérieure une petite fistule qui donne lieu à un écoulement séro-purulent, dans lequel on a pu retrouver des fils de soie.

Ces divers symptômes, pour la plupart assez graves, entraînent nécessairement des troubles de l'état général. La douleur, quelquefois très violente et presque continue amène l'insomnie, qui, avec les vomissements et l'inappétence conduisent le malade à un amaigrissement plus ou moins rapide, et qui, dans une observation de M. Bœckel, fut assez considérable pour faire croire à un néoplasme de l'intestin.

Les malades sont affaiblis, ne peuvent se tenir debout, et sont obligés de garder le lit.

Dans quelques cas, il y a un état péritonéal : le faciès est grippé, les traits tirés et amincis, le pouls est filiforme, la soif vive, l'agitation extrême.

La fièvre s'observe à peu près dans tous les cas, du moins au début où elle est très vive : le thermomètre monte d'emblée à 39° 5 ou 40 degrés.

Elle affecte ensuite des allures variables : tantôt elle redescend au chiffre normal au bout de deux ou trois jours ; tantôt, au contraire, elle se maintient élevée pendant toute la durée de l'affection, mais elle s'abaisse chaque jour insensiblement ; parfois enfin, il y a une très légère hyperthermie vespérale, mais de temps en temps des exacerbations surviennent, coïncidant avec une accentuation des autres troubles. D'ailleurs, d'une façon générale, la température est proportionnelle à l'intensité des symptômes fonctionnels.

Le pouls est parallèle à la température.

ÉVOLUTION

Douleur, troubles digestifs, tumeur, fièvre et malaise général sont les éléments que l'on rencontre à peu près dans toutes les épiploïtes secondaires.

Mais si cette affection présente toujours le même ensemble symptomatique, elle n'a pas toujours le même mode d'évolution.

Car la tumeur une fois formée subit des destinées différentes.

1° Ou bien elle disparaît peu à peu sous l'influence du repos et du traitement médical : aucun incident de suppuration ni d'obstruction intestinale ne vient troubler cette marche qui se termine par la guérison. C'est donc là une évolution favorable, mais elle présente cependant un inconvénient : elle est très lente, et il faut souvent plusieurs mois pour obtenir la cessation complète des troubles épiploïques. Une épiploïte qui se termine ainsi est une

épiploïte plastique simple.

2° Le gâteau épiploïque au lieu de diminuer progressivement, s'accroît au contraire de plus en plus : il contracte alors des adhérences avec divers points du péritoine pariétal, avec les organes voisins, et notamment avec l'intestin, le côlon, l'estomac ; si bien que des accidents d'obstruction intestinale et même d'occlusion peuvent éclater. Ces faits caractérisent :

l'épiploïte plastique avec adhérences,

forme dangereuse et heureusement rare.

3° Enfin, terminaison assez fréquente, le processus phlegmasique peut aboutir à la formation d'une collection purulente :

épiploïte suppurée.

1° ÉPIPLOITES PLASTIQUES SIMPLES

Peuvent s'appeler ainsi les épiploïtes consécutives à la cure radicale qui se bornent aux symptômes que nous avons décrits. Aucun trouble nouveau ne vient s'ajouter aux troubles précités : eux-mêmes ne subissent de modifications que dans leur intensité, laquelle s'atténue peu à peu. Nous avons affaire ici à une évolution géné-

ralement longue : la guérison complète dans ces cas est tardive.

La douleur abdominale conserve le caractère qu'elle avait au début, soit de crises intermittentes, soit de sourd malaise avec exaspérations spontanées ou provoquées. Son intensité diminue de jour en jour insensiblement : elle durera tant que la masse épiploïque sera encore appréciable, et ne disparaîtra qu'avec elle.

L'inappétence, très marquée au début est souvent moins durable que les autres symptômes, et l'on peut voir des malades demander à manger, alors que leur uméfaction est encore volumineuse, et leur douleur tencore aiguë.

Il n'en est pas de même de la constipation qui se prolonge pendant toute la durée de l'affection, et nécessite l'administration des lavements quotidiens.

On a observé quelquefois un léger degré d'obstruction intestinale : en dehors de la constipation les gaz sont émis avec difficulté. Que ce trouble vienne à s'accroître, et ce n'est plus à une épiploïte plastique simple que nous aurons affaire, mais à une épiploïte avec adhérences.

Le gateau épiploïque se borne aux dimensions d'une paume de main, d'une orange ; parfois il présente une grande étendue, mais n'atteint jamais la proportion que l'on observe dans les formes avec adhérences. Il est toujours dur, rénitent, mat à la percussion, et conserve toujours une certaine mobilité ; il contracte bien quelques adhérences avec la paroi, mais c'est tout.

Peu à peu on voit ses diamètres se rétrécir ; la paroi

abdominale devient plus souple. La palpation n'est plus douloureuse, la tuméfaction est plus profonde, sans doute par suite de la diminution de son diamètre antéro-postérieur. Enfin, on ne perçoit plus qu'un ou deux petits noyaux indurés ; la tuméfaction s'est résorbée.

Dans cette forme, l'état général est peu troublé ; certes le malade est un peu amaigri, ses forces sont diminuées, et il y a quelques poussées de fièvre qui surviennent de loin en loin. Encore tout cela rentre-t-il dans l'ordre assez rapidement.

Pour obtenir la guérison complète, il faut généralement longtemps, parfois trois ou quatre mois. Mais cette guérison bien que tardive est certaine, et survient sans incident.

L'épiploïte plastique simple, la plus fréquente, représente un mode de terminaison favorable.

2° ÉPIPLOÏTES PLASTIQUES AVEC ADHÉRENCES

Ce mode d'évolution se signale par des accidents particulièrement graves qui surviennent du côté de l'intestin.

La douleur est beaucoup plus violente ici que partout ailleurs.

La constipation est opiniâtre : il arrive bientôt que les lavements et les purgatifs ne peuvent rien contre elle. A l'arrêt des matières fécales s'ajoute bientôt l'arrêt des gaz intestinaux, de sorte qu'une intervention

devient indispensable. Souvent on observe des nausées et des vomissements : ceux-ci, dans les cas ultimes, peuvent devenir fécaloïdes.

Le gâteau épiploïque est capable, dans certains cas, d'acquérir des proportions considérables : au lieu de se cantonner, comme dans le mode précédent, au flanc ou à l'hypocondre en empiétant légèrement sur les régions voisines, il s'étend dans tous ses diamètres, en haut, en bas, vers les lombes, gagne la ligne médiane, la dépasse, et arrive, dans quelques cas, à occuper tout l'abdomen qui est alors transformé en un vaste plastron dur, épais, douloureux. Il y a *tumeur partout*.

Certes, il n'en est pas ainsi dans tous les cas, mais la masse épiploïque est toujours considérable dans l'épiploïte avec adhérences.

Dans les moments où la douleur est plus intense, le ventre est ballonné, tendu, très sonore, et par la vue et le toucher, on peut reconnaître les bosselures saillantes des anses intestinales « distendues par les gaz en amont de l'obstacle créé par le gâteau entéro-épiploïque » (Sauget).

Dans cette forme où le malade souffre davantage, dort moins, s'alimente à peine, on n'est pas étonné de constater un amaigrissement prononcé, une faiblesse considérable. Il y a, en général, peu de fièvre ; l'hypothermie s'observe même assez souvent.

Les phénomènes précités peuvent être portés à leur maximum, et alors le tableau de l'occlusion intestinale se substitue à celui de l'épiploïte : une intervention s'impose dans ces cas (V. Complications).

Une débâcle intestinale peut tout à coup mettre fin aux accidents d'obstruction ; mais, il faut s'attendre à voir reparaître ceux-ci dans un délai plus ou moins long : une opération est donc encore indiquée.

En présence des accidents d'obstruction qui caractérisent l'épiploïte avec adhérences, il faudra donc toujours intervenir. Nous reprendrons cette question à propos du traitement (1).

3° ÉPIPLOITES SUPPURÉES

Ici, comme ailleurs, on observe le même fond commun de symptômes, mais des signes de suppuration constituent le phénomène caractéristique de cette forme. Une collection purulente, en effet, en est le substratum anatomique.

La douleur est vive, son siège est étendu, ses irradiations nombreuses. Ce fait s'explique par la formation de la collection purulente qui, pour s'accroître, refoule les tissus voisins, dissocie les lames de tissu conjonctif déjà enflammé ; quand cette collection aura

(1) Schnitzler cite une observation intéressante. Il s'agit d'une épiploïte avec adhérences absolument typique qui se développa à la suite d'une opération pour appendicite et épityphlite, au cours de laquelle l'épiploon adhérent avait été libéré et lié en plusieurs points. On voit que les épiploïtes post-opératoires ne suivent pas nécessairement la cure radicale, et peuvent se développer à la suite d'autres opérations où l'on a dû manipuler l'épiploon.

atteint son maximum d'accroissement, la douleur diminuera d'intensité, et disparaîtra totalement lorsque le pus aura été évacué, soit spontanément, soit à la faveur d'une intervention.

L'inappétence, de règle dans l'épiploïte suppurée, est probablement sous la dépendance de l'infection de l'organisme, ainsi que les vomissements, également fréquents. A moins que ceux-ci ne soient d'ordre purement réflexe ou mécanique.

La constipation est habituelle.

Le gâteau épiploïque assez volumineux, très dur, et dont la palpation devient de plus en plus douloureuse, perd peu à peu sa consistance ferme, et de jour en jour devient mollassse, pâteux. Au bout d'un temps variable, on y perçoit un point fluctuant qui confirme le diagnostic de suppuration épiploïque ; à ce moment, ce diagnostic est déjà posé, grâce à l'allure aigüe de l'affection, et à la fièvre.

C'est sur ces éléments qu'il faut se guider, car la fluctuation n'existe pas toujours. Quelquefois, en effet, on voit se dessiner sous la paroi abdominale une grosse anse intestinale distendue et animée de mouvements péristaltiques ; ce fait, inconstant d'ailleurs, se produit lorsque la collection purulente se développe vers la profondeur, c'est-à-dire vers l'intestin qu'elle comprime et obstrue partiellement ; il est donc incompatible avec la fluctuation superficielle et coexiste au contraire avec la fluctuation profonde, et même avec une absence complète de fluctuation ; il fait présager l'ouverture de la

collection dans l'intestin, et par suite, l'évacuation du pus par l'anus.

Nous ne savons pas si cette suppuration retentit sur les ganglions tributaires des régions atteintes.

La fièvre est en général vive, et il n'est pas rare de voir la température du malade atteindre $39^{\circ}5$ et même 40° ; on observe assez souvent des oscillations d'un demi-degré, qui se font par exemple entre $38^{\circ}5$ et 39° : de temps en temps des poussées vespérales plus fortes viennent hérissier la courbe.

Le pouls parallèle à la température est de 120 à 130 pulsations; il est petit, filiforme.

En même temps le malade présente de l'agitation, du délire, sa face est baignée de sueurs. La prostration, l'altération des traits sont à peu près de règle, et joints aux signes fournis par le pouls et la température, font généralement deviner une collection purulente, en l'absence même de toute fluctuation.

Ces divers troubles subissent généralement une accalmie, lorsque la collection purulente a acquis son maximum d'accroissement, au bout d'un temps variable, en général assez court.

Bientôt la guérison va se faire suivant un des modes que nous allons indiquer.

I. Ouverture spontanée à l'extérieur.

Parfois avant qu'on ait eu le temps d'intervenir, souvent aussi lorsque le malade refuse l'intervention, l'ab-

cès épiploïque s'ouvre spontanément au dehors, à la paroi abdominale.

La peau devient en un point rouge, luisante, tendue, chaude, douloureuse, adhérente aux plans sous-jacents; elle devient bientôt le siège d'une fluctuation très nette, et se perfore. Il en résulte une ouverture irrégulière qui donne issue à un écoulement de pus; celui-ci persistera très longtemps, car il s'est établi une fistule abdominale qui guérira bien rarement sans le secours d'une intervention.

II. Ouverture par le chirurgien.

Le chirurgien qui a posé le diagnostic d'épiploïte avec collection purulente va à la recherche de celle-ci, et par une large ouverture qu'il draine, livre passage au pus. L'écoulement purulent se tarit alors assez rapidement; il est un peu plus durable lorsque des fils de soie l'entretiennent; mais ces fils, à la faveur de la large incision et du drainage pratiqués, arrivent toujours à s'éliminer d'eux-mêmes, et la suppuration disparaît. La plaie opératoire se cicatrise par seconde intervention, et la guérison ne tarde pas à survenir.

Notons que l'opération n'est pas facile dans tous les cas: ce qui souvent la complique, c'est la recherche du foyer purulent: pour le découvrir il faut quelquefois faire plusieurs incisions, et chercher très longtemps dans la masse des adhérences.

La guérison s'obtiendra encore dans ces cas, mais

elle sera plus tardive, l'opération ayant nécessité de grands délabrements.

III. — *Ouverture de l'abcès dans l'intestin, dans la vessie.*

Parfois l'abcès au lieu de s'ouvrir du côté de la paroi abdominale, s'ouvre vers la profondeur, dans l'intestin ou le colon, et le pus est évacué par l'anüs.

Le malade ressent une vive douleur abdominale suivie d'un impérieux besoin d'aller à la selle ; et il est très étonné de trouver ses matières mélangées de pus et de sang. Un soulagement immédiat se produit, les divers symptômes disparaissent, et la guérison ne tarde pas à survenir.

Le pus peut encore s'ouvrir une voie dans la vessie et s'évacuer par l'urine, ainsi qu'en témoigne l'observation de Schnitzler citée à la fin de ce travail (Obs. VI).

FRÉQUENCE RELATIVE DE CES TROIS MODES D'ÉVOLUTION

L'épiploïte plastique simple et l'épiploïte suppurée se présentent avec une égale fréquence. L'épiploïte avec adhérences est la plus rare.

Notre statistique qui repose sur quarante-cinq observations nous a donné les chiffres suivants : sur 45 cas.

L'épiploïte plastique simple a été observée.	20 fois.
L'épiploïte suppurée	— 19 —
L'épiploïte avec adhérences	— 6 —

Si l'on veut établir un pourcentage, on obtiendra une fréquence de 45 0/0 pour la première, de 42 0/0 pour la seconde, enfin de 13 0/0 pour la troisième.

Formes cliniques.

La description que nous venons de donner vaut pour pour la grande majorité des épiploïtes consécutives à la cure radicale. Mais celles-ci peuvent quelquefois présenter des variations que nous classerons comme Sauget dans sa thèse en :

Variations dans la date d'apparition ;

Variations dans les symptômes.

I. — Variations dans la date d'apparition.

Les accidents épiploïques se déclarent trois mois, six mois, et même plusieurs années après l'opération de la hernie.

Ainsi dans une observation de M. Bœckel, il y avait trois ans que le malade avait subi la cure radicale, lorsque l'affection débuta.

II. — *Variations dans les symptômes.*

1° Il existe une forme bénigne qui se signale par une tuméfaction peu volumineuse et un peu de gêne. (Observations de M. Morestin et de M. Bœckel). Quelque temps après avoir pratiqué une cure radicale de hernie, M. Morestin revit son opéré qui se plaignait « d'une douleur qui l'empêchait de serrer la ceinture de son pantalon. » Ces formes anodines guérissent très rapidement, sous l'influence du repos, et même spontanément.

2° Parfois l'épiploïte se traduit uniquement par des signes d'occlusion intestinale qui éclatent d'emblée, et constituent le seul symptôme de l'affection. (Observations de Guinard et de Dejardin).

3° Une épiploïte secondaire peut parfois se signaler par une telle gravité de l'état général qu'on pense alors à un néoplasme.

4° Signalons enfin une observation de M. Lucas-Championnière (*Traité de la cure radicale des hernies.*)

Il s'agit d'une épiploïte secondaire qui présentait des symptômes de suppuration (fièvre et fluctuation), alliés à des phénomènes d'occlusion (ballonnement du ventre et vomissements fécaloïdes).

On intervint, et l'on ouvrit d'une part une poche purulente, et on sectionna d'autre part une bride épiploïque adhérente à l'intestin.

Cette forme mixte au point de vue clinique et au

point de vue anatomique a une netteté presque schématique.

Elle montre que cette classification des modes d'évolution n'a rien d'absolu, puisqu'on en trouve deux réunis chez un même malade.

DIAGNOSTIC

Il présente des difficultés variables.

La notion d'une cure radicale antérieure aura une grande importance, surtout si l'affection a débuté, quinze, vingt ou trente jours après, *lorsque l'opéré commençait à se lever et à reprendre ses travaux*. Il est certain que plus l'affection sera éloignée de l'opération, moins on songera à établir un rapport entre elles ; on se souviendra donc que l'épiploïte secondaire apparaît parfois très tardivement, des mois et même des années après l'intervention.

Le début qui est celui d'une péritonite ou qui, dans d'autres cas, est insidieux et sans caractère particulier, la douleur aux allures si variables, la constipation commune à tant d'affections abdominales ne peuvent guère aider au diagnostic.

Une palpation attentive permettra assez souvent de localiser exactement la tuméfaction : si celle-ci n'a pas encore contracté trop d'adhérences, on pourra constater qu'elle est immédiatement sous-jacente à la paroi abdominale, ce qui sera confirmé par la percussion :

car la matité que l'on percevra montrera qu'il n'y a pas d'anses intestinales interposées entre le gâteau et la paroi.

La percussion montrera en outre que la tuméfaction est distincte du foie, de la rate : on verra alors que l'on a affaire à un gâteau épiploïque.

Si maintenant on remarque sa dureté, sa rénittance, et si l'on apprend enfin que le malade a subi une cure radicale peu de temps auparavant, il n'y aura plus d'hésitation possible sur le diagnostic.

On peut confondre les épiploïtes consécutives à la cure radicale avec toutes les tumeurs de l'abdomen ; aussi, pour être complet, faudra-t-il passer toutes celles-ci en revue. Nous nous contenterons de signaler quelques points de diagnostic différentiel.

Si l'on est sur la bonne voie, et que l'on pense à une complication post-opératoire, une erreur est cependant possible : la tuméfaction peut être prise par un gros hématome dû à la ligature incorrecte d'une artère du moignon épiploïque.

Mais un pareil accident se produit « dans la journée, quelques heures après l'intervention, parfois même avant que celle-ci ne soit terminée. L'hémorragie interne qui en résulte s'annonce immédiatement par des symptômes graves, pâleur, petitesse du pouls, etc... On peut bien accepter qu'une hémorragie, même notable, puisse s'arrêter spontanément et donner lieu à la formation d'une tumeur hématique. Mais, comment admettre qu'elle puisse se produire sans attirer, en aucune façon,

l'attention, sans qu'aucun signe résulte de cette spoliation sanguine? » (Morestin).

Les tumeurs ou les phlegmons de la paroi abdominale sont beaucoup plus accessibles à l'exploration, et sont immobilisés par la contraction des muscles de la paroi. Mais il faut noter que la suppuration de l'épiploïte secondaire « tend généralement à envahir les parties superficielles en donnant lieu à un phlegmon des gaines musculaires » (Le Dentu). A ce moment, la palpation serait insuffisante pour arriver au diagnostic.

Une tumeur de l'intestin est beaucoup plus profonde, donne lieu à une tumeur énorme, à du tympanisme, du melaena ; les troubles digestifs sont beaucoup plus marqués, la cachexie bien plus accentuée en général.

« La péritonite circonscrite forme une tumeur qui, par son siège, peut être rattachée au grand épiploon » (Péan). Et, comme dans ces formes de péritonite, le hoquet et les vomissements porracés font défaut, il sera facile de les confondre avec les épiploïtes secondaires, d'autant plus que celles-ci s'accompagnent souvent d'un certain degré de péritonite localisée (Voir nos observations I et III). Les commémoratifs seuls pourront être de quelque utilité.

Il sera plus difficile de confondre l'épiploïte avec la péritonite tuberculeuse : dans cette affection, les lésions sont plus diffuses, on perçoit çà et là des gâteaux épiploïques et des anses intestinales distendues, ce qui, à la percussion, donne lieu à des alternances de matité et de tympanisme (matité en damier). Le ventre est très sensible à la pression, et il existe de l'ascite.

Enfin, il est rare que la constatation de lésions pulmonaires ne vienne pas lever tous les doutes.

Lorsque la tuméfaction est bas située, dans la fosse iliaque par exemple, d'autres erreurs de diagnostic sont encore possibles.

On peut penser à une tumeur maligne du bassin (Obs. I : mais l'évolution en est lente — du moins par rapport à l'épiploïte — les douleurs très violentes s'irradient le long du sciatique, il y a de l'œdème unilatéral, des varices, une gêne de la miction.

D'ailleurs si le malade est mis en observation pendant quelque temps, les doutes seront bien vite dissipés.

Enfin si une épiploïte secondaire siège à droite, si la tuméfaction se trouve dans la fosse iliaque, on pourra croire à une appendicite : le diagnostic pourra être alors difficile, car l'on n'aura pour se guider que la localisation de la douleur au point de Mac Burney, la tuméfaction plus profonde et plus molle, la dissociation du pouls et de la température, l'état général profondément altéré.

Il n'y a pas de signe pathognomonique de l'épiploïte consécutive à la cure radicale : chaque symptôme est commun à beaucoup d'autres affections, et partant, n'a pas grande valeur séméiologique. Leur groupement cependant et la marche de l'affection seront d'un puissant secours. Mais c'est surtout la connaissance d'une cure radicale que le malade aura subie, qui fera faire le diagnostic.

Il est des cas particulièrement difficiles, où le clini-

cien n'aura pour s'éclairer que ce seul commémoratif.

COMPLICATIONS

Nous avons signalé la longue durée des épiploïtes plastiques simples : elles mettent quelquefois si longtemps à guérir, qu'on ne peut s'empêcher de leur prêter un caractère quasi-chronique, qui pour nous constitue une véritable complication.

Dans l'épiploïte suppurée, l'ouverture spontanée du phlegmon épiploïque à la paroi abdominale peut avoir pour conséquence une fistule intarissable qui afflige le malade d'une véritable infirmité. Et parfois en dehors de l'inconvénient de cet écoulement incessant qui tache le linge et nécessite le port continuuel d'un pansement, le malade pourra être pris d'accidents plus sérieux : le ventre se ballonne, des vomissements, de la constipation apparaissent, la température s'élève. Ces troubles qui durent deux ou trois jours se reproduisent encore assez fréquemment. (Obs. de M. Morestin, et pour peu qu'ils se répètent, rendent avec la fistule, la vie du malade impossible.

C'est surtout l'épiploïte avec adhérences qui présente les complications les plus redoutables. Dans cette forme les phénomènes d'obstruction intestinale peuvent être

très accentués, et se répéter si fréquemment qu'ils conduisent le malade à la cachexie.

Ou encore, soit d'emblée, soit après des poussées successives d'obstruction, l'occlusion intestinale se déclare : il y a alors arrêt complet des matières et des gaz, des vomissements fécaloïdes ; les anses intestinales laissent voir sous la paroi leurs bosselures et leurs mouvements péristaltiques, la douleur est horrible, la température s'abaisse, le pouls est filiforme, les extrémités froides, etc.

La vie du malade est alors gravement compromise, et il n'est pas sûr qu'une intervention pourra le sauver

Longue durée de l'affection,
Fistule abdominale,
Fistule avec troubles digestifs intermittents,
Cachexie consécutive à des poussées d'obstruction,
Occlusion intestinale,

telles sont les complications des épiploïtes consécutives à la cure radicale des hernies.

Nous ne savons si nous devons ajouter à cette liste la péritonite généralisée : M. Le Dentu nous cite le cas d'un malade atteint d'épiploïte qui évolua ainsi : « plusieurs abcès se développèrent successivement, le malade s'affaiblit graduellement et succomba au bout de quelque temps à la septicémie accompagnée de péritonite. »

Et tous ces faits sont rares ; nous n'en avons que ce seul exemple. Car nous connaissons la tendance toute particulière de l'épiploïte à former une tumeur où des adhérences limitent la collection purulente et protègent le péritoine,

L'ouverture de la collection purulente dans un organe abdominal (intestin ou vessie) a été jusqu'ici suivie de guérison. Cependant, nous croyons qu'une pareille terminaison n'est pas exempte de dangers, mais en l'absence de faits, nous ne la rangerons pas parmi les complications.

Signalons un certain abcès en bouton de chemise qui, selon Roche, s'établirait après l'ouverture de la suppuration épiploïque dans l'intestin ; et de temps en temps, le malade trouverait dans ses selles, du pus résultant de l'évacuation intermittente de cet abcès.

Nous n'avons vu ce fait signalé nulle part : aussi le considérerons-nous, jusqu'à plus ample informé, comme une simple vue de l'esprit.

PRONOSTIC

Dans plus de la moitié des cas, l'épiploïte secondaire guérit par le repos et le traitement médical ; la guérison est quelquefois tardive, mais toujours certaine.

Dans le reste des cas, c'est d'une intervention chirur-

gicale faite à propos que dépendra le pronostic. Ainsi dans l'épiploïte suppurée, une large ouverture de la collection, suivie d'un drainage convenable conjurera tout danger de fistulisation ; elle préviendra aussi les accidents qui pourraient résulter de l'ouverture de l'abcès dans la profondeur.

Le pronostic n'est vraiment grave que dans l'épiploïte avec adhérences, heureusement rare : là il faut s'attendre à des poussées d'obstruction dont la répétition compromettra sérieusement la vie du malade, soit qu'elles aboutissent à la cachexie, soit qu'elles se terminent par le terrible syndrome de l'occlusion intestinale. Mais là encore une intervention peut sauver le malade, surtout si les adhérences sont peu nombreuses ; au contraire, si elles sont multiples et solides, le succès sera plus douteux, mais l'opération donne encore de bons résultats. Signalons que cette opération est très pénible, et que malgré sa prudence, le chirurgien risque de blesser une anse intestinale ; mais le malade pourra encore avoir la vie sauve au prix d'une fistule stercorale guérissable.

On le voit, même en envisageant les cas les plus défavorables, le malade a toujours des chances de guérison.

Mortalité. — Sur 46 cas, il y a eu 2 cas de mort, c'est-à-dire une mortalité d'un peu plus de 4 p. 100, soit exactement de 13 p. 300.

TRAITEMENT

TRAITEMENT PRÉVENTIF

La résection de l'épiploon au cours d'une cure radicale de hernie semble être une des causes des épiploïtes secondaires. Aussi est-on amené à se demander si l'on ne devrait pas supprimer ce temps de l'opération.

Si l'on trouve dans le sac herniaire un épiploon congestionné, ou induré, adhérent, plus ou moins infecté, il est nécessaire de le réséquer, et même de pratiquer cette résection très haut dans l'épiploon sain, s'il est possible.

La résection s'impose également, lorsque l'épiploon hernié est surchargé de graisse, volumineux, et partant irréductible.

Mais s'il est sain et de volume modéré, faut-il alors le réséquer ?

Oui, disent la majorité des chirurgiens, car l'épiploon est l'agent formateur des hernies : par sa surface glissante, son poids, sa mobilité, il constitue la hernie, l'entretient, et celle-ci opérée, la fait récidiver ; sa présence presque constante dans le sac en est une preuve.

Il faut le réséquer, afin d'éloigner son bord libre de l'orifice herniaire, sinon il viendra battre constamment la cicatrice, et finalement forcera de nouveau l'orifice, quelque soin qu'on ait pris à en pratiquer l'oblitération.

Cette résection aura, en outre, l'avantage de diminuer le contenu abdominal.

A ces arguments, Dejardin (communication à la Société belge de Chirurgie de Bruxelles), répond :

« L'épiploon est la cause principale des hernies et de leur récédive, soit. Mais encore, faut-il un orifice où cet épiploon puisse s'engager ; or, si au cours d'une cure radicale, on ferme soigneusement l'orifice herniaire, par le procédé de Bassini par exemple s'il s'agit d'une hernie inguinale, on met par suite l'épiploon hors d'état de nuire. » Sa résection est donc inutile.

« Et puis, continue-t-il, est-ce bien sérieux de le réséquer sous prétexte de diminuer le contenu abdominal ? »

Et non content de réfuter ces arguments, Dejardin les parodie en les appliquant à l'intestin :

« Encore n'est-il jusque maintenant venu, sous prétexte de diminuer le contenu abdominal, à l'idée de personne, de réséquer l'intestin lui-même qui, par sa surface polie, s'engage si facilement dans le sac herniaire, qu'il y est presque toujours contenu, et qui, par ses variations continuelles de dimensions, par vacuité ou réplétion, fait tant varier le contenu abdominal. »

Pour lui, la résection de l'épiploon est donc inutile ; il établit ensuite qu'elle est dangereuse.

« Est on bien sûr, dit-il, qu'il n'y ait pas d'inconvénient à supprimer l'épiploon, dont l'inutilité n'est pas encore démontrée ? » M. Lucas-Championnière nous dit qu'il ne laisse de l'épiploon que ce qu'il juge nécessaire au bon fonctionnement de l'intestin ; or, où s'arrête le quantum nécessaire à ce bon fonctionnement ?

Enfin, Dejardin accuse la résection de causer, en dehors des douleurs abdominales et des hémorragies secondaires, des *épiploïtes consécutives à la cure radicale*.

M. Martel, dans un article paru dans la *Loire Médicale*, à Saint-Etienne, se montre également très sévère pour la résection de l'épiploon, et veut qu'on en limite les indications au minimum.

Les travaux de MM. Cornil, Carnot, Milian, etc., qui établissent le rôle du grand épiploon comme régénérateur d'organes et défenseur de la cavité abdominale, peuvent être invoqués contre la résection.

« Il est parfaitement inutile, dit M. Morestin, de s'acharner après l'épiploon... C'est sur la paroi qu'il faut porter son effort. »

Nous ne nous permettrons pas de donner notre avis sur la résection de l'épiploon ; toutefois, nous dirons que la considération d'une épiploïte future ne doit pas empêcher le chirurgien de réséquer l'épiploon, s'il le juge nécessaire. Mais il devra prendre alors certaines précautions que nous allons indiquer.

On se gardera de lier l'épiploon en masse, ce qui produirait des tractions dans l'axe du côlon transverse, et gênerait la circulation du moignon épiploïque. On

doit diviser celui-ci en plusieurs pédicules qu'on lie successivement, et qu'on réduit au fur et à mesure. Ainsi le conseille M. le professeur Le Dentu dans sa clinique chirurgicale. Continuons à citer cet auteur :

« En pratiquant dans les points les moins vasculaires (de l'épiploon) une série de boutonnières longitudinales longuement fendues, à des niveaux différents, on ne facilite pas seulement la réduction successive des pédicules en commençant par le plus court ; on leur permet aussi de s'étaler dans le ventre sans devenir des centres de traction ou de tassement. »

Quant au choix des fils, après ce que nous avons dit de la soie, nous conseillerons naturellement le catgut. Sa stérilisation présente aussi certaines difficultés, mais « il se résorbe rapidement en général. S'il porte en lui quelques germes, sa dissociation rapide offre à la phagocytose une prise plus facile sur ces derniers ; d'autre part, si la suppuration survient, l'ouverture du foyer assure beaucoup mieux l'élimination rapide des fils de catgut que ceux de soie. » Enfin, par dessus tout, l'asepsie de l'opérateur constituera la meilleure prophylaxie. (1)

Les épiploïtes post-opératoires sont quelquefois dues à des altérations diverses de l'épiploon contenu dans le sac : ces altérations se rencontrent surtout chez les

(1) Si la résection a dû être étendue, il est bon d'essayer une péritonisation rapide de la surface de section des pédicules par un surjet qui ourle cette surface et la recouvre d'une surface épiploïque saine. Cette manœuvre..... n'est pas absolument nécessaire, mais peut être considérée comme une sécurité contre l'épiploïte. (Martel).

gens âgés qui souffrent de leur hernie depuis longtemps ; le port constant d'un bandage a plus ou moins contribué à faire naître ces lésions et à les développer.

Chez les sujets jeunes, au contraire, l'épiploon se trouve dans le sac en général à l'état sain et présente un volume modéré.

Opérer les hernies de bonne heure sera donc, à un certain degré, une mesure préventive.

« Enfin, il est prudent de ne pas opérer toujours et d'urgence certaines épiplocèles qui, étant le siège probable d'une infection légère » (épiploïte) « ou même plus forte (infection dans le sac (Clado-Albarran), léger degré de péritonite herniaire), ne sont cependant pas une menace immédiate pour la vie du porteur. On évitera ainsi de pénétrer dans le péritoine par une porte infectée, et de placer des ligatures sur un épiploon douteux. On fera ainsi plus tard, une *opération à froid* de l'épiplocèle, lorsqu'il n'y aura pas eu de contre-indication à temporiser » (Martel).

TRAITEMENT CURATIF.

On peut toujours espérer qu'une épiploïte secondaire évoluera vers la forme plastique simple qui est la plus habituelle.

En conséquence on ordonnera au malade de garder

le lit : une vessie de glace sera maintenue sur l'abdomen, et le régime lacté sera institué.

La constipation sera combattue à l'aide de lavements quotidiens. Si la douleur est trop violente, on pourra recourir à l'hydrate de chloral ou à la morphine.

On surveillera soigneusement tous les jours la consistance de la tumeur, la température et le pouls du malade : le fonctionnement de l'intestin devra être aussi l'objet d'une surveillance active.

Très souvent les choses rentreront dans l'ordre sous l'influence de ce traitement ; il est vrai qu'il faudra quelquefois attendre assez longtemps ; à cela près, la guérison est certaine.

Pour cette raison il ne faut pas intervenir. Et d'ailleurs que pourrait une intervention quelconque contre une tuméfaction étendue en surface, mal limitée ? Quel but poursuivrait alors l'opérateur ? Il ne saurait même pas où pratiquer son incision ; il ferait une opération aveugle et inutile.

Voyons les circonstances qui indiquent une intervention.

Si l'on a affaire à une épiploïte suppurée, il faut intervenir pour évacuer la collection purulente. Or deux cas peuvent se présenter.

Où bien la tuméfaction est nettement fluctuante en un point, et l'on n'éprouve aucune difficulté à découvrir le pus. Il importe alors de faire une incision assez étendue et assez profonde, et l'on draine la cavité.

La suppuration se tarit bientôt, la plaie se cicatrise

par seconde intention, et la guérison complète ne tarde pas à se faire.

Mais la collection à évacuer peut-être beaucoup plus profonde et ne se révéler par aucune fluctuation: c'est la fièvre et la douleur qui signalent sa présence. Dans ces cas l'opération est plus pénible: il faut quelquefois agrandir son incision ou en faire une seconde, et même pratiquer dans la tumeur de véritables sondages jusqu'à ce que le pus ait apparû.

La guérison se fait comme précédemment, elle est seulement un peu plus tardive, l'opération ayant exigé de plus grands délabrements.

Signalons un fait intéressant qui se passa dans l'observation rapportée par Willems. Dans une épiploïte suppurée l'opérateur ne trouvant pas de pus draina la plaie et termina l'opération: quelques jours après il vit s'écouler par le drain le pus qu'il avait été impossible de découvrir et le malade guérit.

Dans l'épiploïte avec adhérences, les phénomènes d'obstruction intestinale sont justiciables d'une intervention; et celle-ci doit être précoce.

Si l'on fait une laparotomie de bonne heure, on trouvera généralement une ou deux brides épiploïques, dont la section se fera facilement et conjurera tout danger.

Où l'on opérera plus tardivement, et l'intestin perdu dans une masse d'adhérences pourra être blessé au cours de l'opération (Obs. III).

Lorsque les adhérences sont nombreuses et solides,

on ne peut espérer les extirper toutes. M. Monod, dans un cas de ce genre, se voyant dans l'impossibilité de libérer le colon transverse entouré d'un épais manchon d'adhérences épiploïques, se borna à sectionner celles-ci à leurs points d'attache pariétaux; ayant supprimé ainsi leur point d'appui, tout danger était écarté. Ce fait, ainsi que plusieurs semblables que l'on a rapportés, permet de tirer la conclusion suivante. Lorsque la masse des adhérences sera trop vaste et trop résistante, quelques sections prudentes faites çà et là, dans les points accessibles, suffiront souvent à amener la guérison; sinon on serait conduit à pratiquer l'entérotomie, opération grave, dont le succès serait beaucoup plus douteux (Le Dentu).

Dans l'épiploïte avec adhérences, l'intervention devra être précoce: car, plus on attend, plus les adhérences se multiplient, et plus les difficultés opératoires s'accroissent. Rappelons à ce propos l'observation de M. Guinard. Il s'agissait d'un malade qui, à la suite d'une cure radicale de hernie, avait présenté plusieurs poussées d'obstruction intestinale combattues efficacement par des lavements électriques; mais un jour ceux-ci furent insuffisants. On appela M. Guinard qui ne put que pratiquer l'entérotomie, malgré laquelle le malade succomba. Il est fort probable que si l'on était intervenu dès les premières poussées d'obstruction, on eut pu sauver ce malade.

M. le professeur Le Dentu, dans sa Clinique chirurgicale, cite le cas tout récent d'une femme qui, après avoir été opérée d'une hernie, présenta deux fois

des accidents d'occlusion qui se terminèrent spontanément par une débâcle intestinale. M. Le Dentu proposa néanmoins à la malade une opération qui fut d'ailleurs refusée. Il est certain qu'il fallait alors opérer, et ne pas attendre pour cela une nouvelle poussée d'occlusion.

Il est donc entendu que l'on intervient seulement dans les épiploïtes suppurées et dans les épiploïtes avec adhérences.

Dans notre observation I, on ne trouva pas de pus, on ne sectionna pas d'adhérences : une incision au centre de la masse épiploïque très dure suivie de drainage constitua toute l'intervention. Le lendemain même — le malade avait de la fièvre — chute brusque de la température, de 38° 3 à 36° 8. La douleur, les troubles digestifs disparurent, la tuméfaction diminua rapidement, et le malade quitta bientôt l'hôpital.

L'incision simple au milieu des tissus enflammés aurait-elle une action antiphlogistique ? Ou bien, pourrait-on comparer cette intervention à la laparotomie pure et simple que l'on pratique au cours de certaines péritonites tuberculeuses ?

En tous cas, la marche de l'affection avait été complètement modifiée, et très favorablement par cette intervention en apparence insignifiante.

Est-ce à dire que toutes les épiploïtes secondaires, à défaut d'indications spéciales, sont justiciables de ce même traitement, incision et drainage ? Assurément non, nous ne voudrions pas tirer une pareille conclu-

sion d'un fait unique, et nous conseillons l'abstention systématique à moins qu'il y ait :

Des adhérences à sectionner ;

Ou une collection à évacuer.

Cependant si l'on avait affaire à un ouvrier « obligé de travailler pour vivre et vivant au jour le jour », qui par suite déplorerait amèrement un séjour de plusieurs mois à l'hôpital ; si de plus la douleur abdominale était violente et constante (les choses se passèrent ainsi dans notre Obs. I), peut-être serait-on autorisé à tenter l'incision simple et le drainage dans le but d'obtenir un résultat semblable à celui que nous avons signalé.

Mais notons que l'on ne fait alors qu'une opération de complaisance, commandée par des circonstances d'un ordre tout particulier.

Il nous reste à dire un mot du traitement des complications.

L'occlusion intestinale et la péritonite (d'ailleurs très rare) seront traitées comme il convient : nous n'avons pas à y insister.

Les fistules abdominales seront traitées par la laparotomie et l'extirpation du trajet fistuleux.

Sachant que ces fistules sont dues à un foyer purulent entretenu par des corps étrangers, et notamment par des fils de soie, il faudra atteindre ce foyer, le nettoyer soigneusement, tenter de le débarrasser de ces fils, qui peuvent être fort difficiles à découvrir, et qui ne s'élimineraient jamais d'eux-mêmes.

D'autres difficultés seront dues soit au trajet sinueux

de la fistule qui présente quelquefois des coudures et des embranchements ; à la consistance des tissus ambiants, à la profondeur du foyer purulent. Une observation de M. Morestin (Obs. I de la thèse de Sauget réunit en totalité ces diverses difficultés opératoires.

Dans plusieurs observations nous avons remarqué que l'introduction d'une tige de laminaire dans le trajet de la fistule avait été suivie d'un bon résultat : le foyer purulent s'était tari et la fistule s'était fermée. (Obs. de Schnitzler et Dejardin.)

En présence de ces exemples nous conseillons d'essayer ce procédé qui, quelquefois, suffira à amener la guérison de la fistule ; c'est seulement si ce moyen échoue qu'on pratiquera une laparotomie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Personnelle.)

Epiploïte plastique simple avec vive douleur abdominale et tumefaction très étendue. Incision et drainage. Guérison.

M., Gustave, 26 ans, serrurier, a été opéré le 17 avril 1903 d'une hernie inguinale gauche et d'un varicocèle du même côté.

(Nous n'avons pu obtenir dans le service où le malade a été opéré aucun renseignement relatif à l'opération).

Les suites opératoires immédiates furent bonnes, la plaie se réunit par première intention, et au bout de 21 jours l'opéré put quitter l'hôpital.

Rentré chez lui il ressentit dans la fosse iliaque gauche une douleur d'intensité moyenne, assez vive cependant pour gêner la marche : elle se fit sentir d'abord sur le trajet du canal inguinal, puis s'étendit, devint plus aiguë : le malade marchait péniblement, plié en deux ; de plus il était pâle, très amaigri, ses forces et son appétit n'avaient pas reparu depuis son opération.

Il resta un mois sans traitement, puis se présenta dans une consultation hospitalière ; on le fit entrer à l'hôpital Cochin-Annexe dans le service de M. Humbert, le 20 juin.

La douleur étendue à tout le ventre, plus marquée dans la

fosse iliaque gauche. s'irradie vers les lombes et à la face interne de la cuisse gauche.

Cette douleur affecte la forme d'accès, intermittents : une sensation pénible de constriction abdominale apparaît, devient de plus en plus aiguë, puis disparaît progressivement laissant à sa place une sensation de gêne et de pesanteur : cette sorte de crise dure à peu près une ou deux minutes, et reparait tous les quarts-d'heure, toutes les demi-heures environ, même la nuit ; aussi a-t-on dû recourir à l'emploi de la morphine pour permettre au malade de prendre un peu de repos. La langue est saburrale, il y a une douleur au creux épigastrique, l'appétit est fortement diminué ; la constipation est constante, et nécessite l'usage de lavements quotidiens. L'émission des gaz n'est pas entravée.

Le ventre est tendu, surtout sa moitié gauche : nous constatons une tuméfaction très dure située derrière la paroi abdominale et faisant obstacle à la palpation profonde : c'est un gâteau très vaste s'étendant de l'arcade crurale gauche en bas aux environs de l'épigastre en haut, limité à droite par la ligne médiane et se perdant à gauche vers la crête iliaque et le flanc : on voit qu'il occupe presque toute la moitié gauche de l'abdomen.

Il est mat à la percussion.

Les manœuvres exploratrices sont douloureuses, même du côté droit.

Le malade a les conjonctives pâles, les muqueuses exsangues ; son teint est terreux, sa maigreur très prononcée, ses forces considérablement diminuées.

Depuis 10 jours qu'il est entré à l'hôpital, il a eu quatre poussées de fièvre : deux fois 38°, deux fois 38°5 ; en dehors de ces accès sa température oscille autour de 37°5.

Dès son entrée, il a été mis au repos absolu ; des compresses humides sont maintenues en permanence sur les régions douloureuses ; sa nourriture quotidienne consiste en un litre de

lait, deux œufs et un peu de pain ; elle lui suffit d'ailleurs, son appétit étant très diminué.

Chaque jour, on lui administre un lavement évacuateur et l'on prend régulièrement sa température.

Les jours suivants, la douleur devenant plus forte, on remplace les compresses humides par des cataplasmes laudanisés.

Le 2 juillet, température 38°6, pouls 108.

Enfin, le 4 juillet, le malade réclamant avec instance une intervention chirurgicale, comme il y avait de la fièvre et que la douleur était très vive, ce qui pouvait faire penser à la présence d'une collection purulente, on se décida à intervenir. D'autre part, la tuméfaction épiploïque avait contracté des adhérences avec la paroi abdominale qui était par suite immobilisable, tendue, transformée en un vaste plastron.

Le malade est anesthésié au chloroforme. M. Kendirdjy, avec l'autorisation de M. Humbert, pratiqua au milieu de la tuméfaction une incision de 10 centimètres.

La paroi était infiltrée, dure, ligneuse, adhérente aux parties sous-jacentes avec lesquelles elle est absolument confondue.

On rencontre un tissu méconnaissable, gris, dur, criant sous le bistouri ; le péritoine est épaissi.

La sonde cannelée pénètre dans un orifice inextensible aux parois durcies ; on découvre des fongosités gris jaunâtres, graisseuses : c'est de l'épiploon macéré : on en prélève deux fragments pour en faire l'examen histologique.

On ne trouve pas de pus, mais au milieu de cette masse durcie, on n'ose pas pousser plus loin l'exploration ; un drain est placé dans la plaie, et l'on suture.

Le matin de cette opération, la température du malade était de 37°7. Le soir, il y eut l'élévation obligatoire : 38°3.

Le lendemain matin, 5 juillet, la température était tombée à 36°8.

10 juillet. On défait le pansement : il s'est fait par le drain un léger écoulement de sérosité sanguinolente ; il n'y a pas de suppuration, la plaie commence à bourgeonner.

Le ventre est un peu plus souple, les crises douloureuses moins intenses et moins fréquentes, il y a une diarrhée légère.

La température oscille au-dessus de 37°. sans jamais dépasser 37°6 ; il en fut de même les jours suivants : la fièvre ne reparut plus.

L'appétit et les forces s'améliorent.

19 juillet. Légère suppuration de la plaie qui est néanmoins en voie de cicatrisation ; on y applique de la teinture d'iode.

On cesse de prendre la température du malade.

Les accès douloureux ont complètement disparu.

Le ventre est souple, on sent profondément quelques noyaux indurés dans la fosse iliaque et le flanc gauches, seuls reliquats de la vaste tuméfaction qu'on observait encore quinze jours auparavant.

Le malade se lève le 30 juillet, et quitte l'hôpital le 10 août.

Nous l'avons revu en avril 1904, c'est-à-dire huit mois après sa sortie ; la guérison s'était maintenue, il n'avait plus rien vu reparaître.

OBSERVATION II (Personnelle)

Epiploïte plastique simple. Traitement médical continué pendant deux mois. Guérison.

Léon C..., 39 ans mécanicien a subi la cure radicale d'une hernie inguinale droite à l'hôpital Cochin-Annexe dans le service de M. Humbert : l'opération eut lieu le 25 septembre 1903 ; elle fut pratiquée avec l'autorisation de M. Humbert, par M. Kendirdjy.

L'épiploon était enflammé, induré, et adhérait en plusieurs points au sac : on en réséqua une énorme masse pesant 450 grammes.

Un peu de rétention d'urine, légère suppuration de la plaie, et l'opéré quitte l'hôpital le 27 octobre.

Il se repose huit jours chez lui, et rentre à son atelier, où, pour ne pas le fatiguer, on l'employa comme dessinateur.

Le 15 novembre, cinquante jours après son opération, il ressentit à droite, dans le flanc, des douleurs térébrantes très vives, presque continues. La nuit il ne put dormir. Ces douleurs s'atténuaient au bout de deux jours, et perdirent leur caractère de spontanéité, n'apparaissant qu'à l'occasion d'un effort, d'un mouvement.

Le malade, qui n'en était pas moins inapte à tout travail, revient à Cochin-Annexe le 18 novembre ; c'est le 20 que nous l'examinons.

Nous remarquons à droite la longue cicatrice qu'a laissée la cure radicale : cette cicatrice part de l'orifice cutané du canal inguinal droit, et remonte obliquement en haut et en dehors jusqu'au point de Mac Burney.

La peau est normale d'aspect et de coloration, et n'est pas adhérente aux parties sous-jacentes.

À la palpation on reconnaît un gâteau arrondi situé au-dessous et à droite de l'ombilic ; il mesure 8 centimètres de diamètre, s'étend à droite jusqu'à la cicatrice, en dedans jusqu'à la ligne médiane, dépasse légèrement en haut la ligne de Mac Burney, enfin descend jusqu'à 10 centimètres de la symphyse.

Cette tuméfaction est dure, tendue, surtout aux environs de la cicatrice ; on ne peut la mobiliser sur les plans sous-jacents. Elle est immédiatement située derrière la paroi abdominale qu'on peut mobiliser.

Elle est mate dans toute son étendue.

La douleur violente du début n'apparaît plus qu'à propos des manœuvres exploratrices, des efforts de toux et des mouvements du malade ; elle condamne celui-ci à une immobilité presque absolue.

Il existe un point maximum de douleur que l'on réveille en pressant sur la tuméfaction, en haut et à droite de celle-ci.

Le malade n'a pas grand appétit, et ne demande pas à manger. Sa langue est un peu saburrale, il a de la constipation, et se plaint de fréquents borborygmes.

Son état général est satisfaisant : il n'y a pas d'amaigrissement, il n'y a qu'un peu de pâleur du visage. Les nuits sont bonnes. Il y a cependant de la fièvre :

Le 19 novembre, température vespérale 38° 6.

Le malade est soumis au repos absolu, une vessie de glace est maintenue sur la région correspondant à sa tuméfaction : on ne lui donne que du lait, et chaque matin on lui administre un grand lavement.

Peu à peu la tuméfaction se rétrécit dans le sens de sa hauteur et de sa largeur : au bout de 15 jours elle était réduite à une bandelette large de deux travers de doigt, étendue le long de la cicatrice, et en dedans d'elle, descendant toujours jusqu'à 10 centimètres de la symphyse, et se perdant en haut vers le point de Mac Burney, en dedans d'elle on perçoit quelques bosselures profondes qui, dix jours après avaient disparu. Vers la fin de décembre, il ne restait plus qu'une induration des tissus sous-jacents à la cicatrice. Le ventre à ce niveau n'était pas aussi souple que dans les autres régions.

Les troubles digestifs s'améliorèrent progressivement : l'appétit revint assez vite : on donna chaque jour deux œufs au malade à partir du 6 décembre.

Le 15 décembre les selles étaient devenues régulières, et l'on put cesser les lavements.

La douleur à ce moment avait disparu, et le malade se sentait seulement un peu faible.

Sa température qui, au début était de 38° 6 subit une défervescence graduelle et lente, assez curieuse par sa régularité. Ainsi :

Le 19 novembre	température vespérale	38° 6
— 20 —	—	38° 3
— 21 —	—	38°

— 22 novembre	température vespérale	37° 4
— 23 —	—	38° 1
— 24 —	—	37° 4
— 25 —	—	37° 2
Les 26, 27, 28, et 29	—	27° 4
Le 30 —	—	37° 2

Elle se maintint à ce chiffre jusqu'à la fin.

Le malade se leva le 4 janvier 1904, et le 13, complètement remis, sortit de l'hôpital.

Deux mois avaient été nécessaires pour obtenir ce résultat.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de MM. Baudet et Kendirdjy (1).

Epileptoïte avec adhérences. Laparatomie. Fistule stercorale consécutive. Deuxième laparatomie, résection du colon transverse. Guérison.

G... Assunto, porteur d'une double hernie inguinale est opéré du côté droit à l'hôpital Ricord dans le service de M. Queyrat, par M. Kendirdjy, interne du service, le 29 août 1898. Ligature au catgut et résection d'une masse d'épiploon.

Le 20 septembre, cure radicale de sa hernie inguinale gauche : pas d'épiploon dans le sac.

Quelques jours après l'opéré se plaignit de douleurs dans la fosse iliaque droite et dans la région de sa première cicatrice. En même temps l'état général s'altérait.

(1) Cette observation qui n'a pas été prise en son temps a été reconstituée d'après les souvenirs des opérateurs, Elle ne présente donc pas toute la rigueur scientifique voulue, mais les fait saillants qui y sont contenus ainsi que les diverses péripéties opératoires sont absolument exacts.

On défait le pansement : l'abdomen était contracturé et douloureux à la pression surtout dans sa moitié droite. Dans les jours qui suivirent, il y eut arrêt des matières fécales, et le malade ne rendait que difficilement quelques gaz.

Il y avait en somme une légère péritonite.

Etant donné les antécédents, on porta le diagnostic d'épiploïte post-opératoire, et le malade fut soumis à l'opium et à la glace.

Au bout d'une dizaine de jours, la contracture de la paroi diminua, le ventre était presque souple dans la moitié gauche ; à droite, entre l'extrémité supérieure de la cicatrice en bas et l'ombilic en haut on sentait à la palpation un gâteau faisant corps avec la paroi, et sur lequel la pression éveillait une douleur vive.

Le malade dont l'état général restait précaire, fut transporté dans un service de chirurgie, dans le service de M. Humbert.

Sa tuméfaction ne diminuait pas de volume et était toujours douloureuse à la pression ; il n'allait à la selle qu'à l'aide de lavements et de purgatifs ; quelques heures après son repas, il souffrait de vives coliques, véritables crises d'obstruction pendant lesquelles les anses intestinales se dessinaient sous la paroi.

On pensa qu'une anse intestinale devait être coudée par une adhérence épiploïque, et MM. Baudet et Kendirdjy décidèrent de faire une laparotomie.

Incision au niveau de la tuméfaction.

La couche sous-péritonéale est épaissie, lardacée.

Quoiqu'incisant très prudemment, l'opérateur ouvre une anse intestinale ; il arrête là l'intervention, sans essayer de décoller les adhérences. Il suture immédiatement l'anse incisée, mais la paroi friable et saignante de celle-ci se prête mal à la suture.

Suture de la paroi, drainage.

Les accidents d'obstruction et la tuméfaction disparurent ; le malade guérit, mais ce fut au prix d'une fistule stercorale qui se produisit quelques jours après l'opération.

A quelque temps de là, il fut opéré — toujours dans le même service — par MM. Duval et Grégoire, qui, après avoir libéré quelques adhérences solides firent une résection d'une portion du côlon transverse.

Le malade guérit et quitta bientôt l'hôpital.

Il ne fut plus revu.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de Mlle Gunzbourg.)

Epiploïte plastique simple. Troubles très accentués. Forme aiguë : guérison rapide sans intervention.

Pierre L..., 20 ans, étudiant, a été opéré en mars 1903 pour une ectopie testiculaire droite et une hernie inguinale congénitale du même côté.

L'épiploon a été réséqué.

Le soir même de l'opération, le patient, très nerveux (il bégaye) glisse les mains sous son pansement, ce qu'il répéta d'ailleurs les jours suivants.

Le lendemain il se plaint de douleurs abdominales, le ventre est ballonné, sonore ; il y a de l'oppression, les mouvements respiratoires augmentant sans doute la douleur.

Apparaît de la rétention d'urine qui nécessite le cathétérisme.

Le sommeil est très agité, mais il n'y a pas d'élévation de température.

On administra des lavements au malade, et ces accidents restèrent stationnaires pendant quatre jours.

Le cinquième jour, une élévation de température donne l'éveil ; il y a en même temps aggravation des phénomènes précités : le ventre est plus sonore et plus douloureux, un malaise

général plus accentué se fait sentir. La langue est sèche, l'agitation vive, et l'opéré veut à toute force quitter l'hôpital. On le transporte alors dans une maison de santé où il est soigné par M. le docteur Faure.

On trouve, à la palpation, une tuméfaction située dans l'hypocondre droit, s'étendant des fausses côtes en haut jusqu'au flanc en bas, au-dessus de la cicatrice opératoire. Cette tuméfaction présente à peu près les dimensions d'une main ouverte, c'est un gâteau oblong à grand axe vertical. Elle est située immédiatement derrière la paroi abdominale; elle est dure et résistante, immobile, mate à la percussion.

Les téguments, à son niveau, sont normaux et adhérents.

Cette masse est le siège de douleurs spontanées qu'augmentent les manœuvres de palpation et de percussion.

La langue est saburrale. le malade refuse toute nourriture: le ventre est toujours ballonné. la constipation persiste, mais cède aux lavements quotidiens que l'on continue à administrer.

La température dépasse 39°; le facies est amaigri. les traits sont tirés, les yeux excavés et brillants, les dents fuligineuses. La soif est ardente et l'agitation persiste de plus en plus.

Une vessie de glace est maintenue sur la tuméfaction, on institue la diète hydrique, on continue les lavements évacuateurs.

Le lendemain, la température descend à 38°, l'agitation et les douleurs s'atténuent, un soulagement appréciable se produit.

Au bout de deux jours, la température s'était abaissée à 37°, les douleurs avaient disparu.

Au bout du cinquième jour, la tuméfaction avait pour ainsi dire fondu, et l'état de l'opéré était pleinement satisfaisant.

Le dixième jour, il était en état de quitter la maison de santé.

Observations étrangères.

Traduites et résumées par M. Kendirdjy.

Les trois observations qui suivent sont celles de Schnitzler publiées dans le *Wiener Klinische Rundschau*.

OBSERVATION V

Epiploïte plastique simple.

Homme de 44 ans. entré le 5 août 1896 ; il portait une hernie inguinale droite congénitale réductible.

Le 1^{er} juillet. elle fut le siège d'une poussée inflammatoire : l'abdomen devint douloureux, et la hernie n'était plus complètement réductible.

Cure radicale le 8 août : procédé de Bassini.

Dans le sac, on trouve 30 centimètres cubes de liquide séreux ; l'épiploon n'est pas adhérent, mais épaissi et hémorragique ; on en résèque un segment de 15 centimètres de large sur 8 de long. Ligature à la soie, résection du sac et réparation de la paroi comme d'ordinaire. Le malade sort guéri le 26 août.

Cinq semaines après, le 1^{er} octobre, il revient à l'hôpital : il avait, dès sa sortie, ressenti, à l'épigastre, des douleurs qui s'étaient accentuées depuis huit jours, en même temps qu'apparaissait une tuméfaction dans la région de l'ombilic. Selles régulières.

A l'examen, voussure au niveau de l'ombilic, dépassant la

ligne médiane à droite, ayant une étendue égale à celle des deux poings. La tumeur siégeait derrière les muscles de la paroi abdominale et suivait les mouvements respiratoires : elle était distincte du foie, de l'estomac et de la rate.

La température, vers midi, montait à 48°. On fit le diagnostic d'infiltration épiploïque consécutive à l'opération. Repos et compresses chaudes sur la région malade.

En huit jours, la tumeur avait notablement diminué. Le malade quitte alors l'hôpital, mais revint de temps en temps : lors d'un de ces examens, la tumeur n'avait plus que le volume d'une orange.

A partir de ce moment, le malade se déroba : on ne le revit plus.

OBSERVATION VI

Épiploïte suppurée. Ouverture dans la vessie. Fistule abdominale. Opération. Guérison.

Homme de 56 ans, hernie crurale gauche depuis plusieurs années. Quelques jours auparavant, étranglement réduit par taxis.

Le 17 décembre 1897, nouvel étranglement, réduction impossible.

Opération le 23 décembre : dans le sac, 50 centimètres cubes de liquide séreux, et épiploon infiltré. Résection de ce dernier après trois ligatures à la soie. Fermeture du sac, et réparation à la soie également.

Fièvre et suppuration le troisième jour : comme à la première semaine après l'opération, la température montait à 39° 5, on rouvrit la plaie.

Quelques temps après, la suppuration avait beaucoup dimi-

nué, mais, autour de la cicatrice, il y avait une infiltration étendue.

Vers le milieu de juin, mictions douloureuses et urines troubles.

Le 2 juillet 1898, le malade qui était sorti peu de temps auparavant, revient à l'hôpital : il présentait une infiltration allant de l'arcade de Fallope à l'ombilic, à gauche.

Au niveau de la cicatrice opératoire persistait une fistule dans laquelle le stylet pénétrait à 3 centimètres.

La cystoscopie montra, sur la paroi gauche de la vessie, un orifice par où le pus passait. Le toucher rectal montrait, en avant et à gauche, une tuméfaction dure dont le doigt n'atteignait pas la limite supérieure.

Le 5 juillet, nouvelle opération : la fistule est élargie, le doigt pénètre dans une cavité formée par l'épiploon enflammé et pleine de pus. Aucune communication avec la cavité abdominale proprement dite.

La cavité est drainée, et une partie des tissus avoisinants qui étaient d'une dureté extrême (calleux), est réséquée.

L'amélioration fut rapide, et, le 27 août, le malade quittait l'hôpital guéri, et ne conservant qu'une fistulette très superficielle.

OBSERVATION VII

Epiploïte suppurée avec fistule; drainage de la fistule.

Amélioration.

Femme de 55 ans, portant, depuis quatre ans, une épiplocèle ombilicale du volume d'une tête d'enfant.

Entrée le 2 mai 1899. Eczéma de la région.

Le 6 mai, opération. Extirpation de l'ombilic; à l'ouverture du sac on trouve l'épiploon adhérent et le côlon transverse. Réduction de l'intestin et de l'épiploon après ligature à la soie

des pédicules d'adhérence. Fermeture du sac à la soie. Drainage sous cutané au moyen d'une mèche de gaze iodoformée. A la suite de cette opération, il y eut une légère suppuration, mais pas de fièvre, et la malade sort guérie le 25 mai.

Le 3 juin, frissons avec céphalée et vomissements, et l'opérée revient le 7 à l'hôpital.

Température, 39° 1; pouls, 110.

A l'angle inférieur de la cicatrice, fistule où le stylet pénètre à 8 centimètres, légère suppuration; sous-jacente à la fistule, existe une tumeur grosse comme les deux poings, présentant du ballottement, suivant un peu les mouvements respiratoires, et sensible à la pression.

Un drain est introduit dans la fistule.

La fièvre disparaît au bout de 4 jours.

La tumeur ne diminue pas du 15 juin au 5 juillet.

Le 14 juillet, la malade sort sur sa demande: la tumeur n'était plus douloureuse, et ne présentait plus que le volume du poing.

A partir du 16 décembre, on ne revit plus cette malade. A cette date la tumeur avait disparu, ne laissant plus à sa place qu'une toute petite fistule superficielle.

OBSERVATION VIII

(Traduite de l'italien par M. Kendirdjy et résumée. Publiée par Latis dans la *Gazzetta degli ospedale Clin.*, à Milan).

Epiploïte plastique simple avec exaspérations intermittentes des symptômes. Laparotomie, guérison.

Homme de 39 ans, porteur d'une hernie inguinale gauche depuis 17 ans. Il y a 7 ans, engouement ayant duré six heures.

Le 1^{er} avril 1900. la hernie ne rentre pas, opération le lendemain.

Le sac ouvert, on trouve l'épiploon non adhérent, mais infiltré

au-dessous de l'étranglement. Résection de l'épiploon après ligature au catgut ; cure radicale par le procédé de Bassini.

Le sixième jour après l'opération. suppuration de la plaie ; on enlève deux points de suture, et on donne issue à un peu de pus.

Trois semaines après, il subsiste une fistule.

Le 1^{er} mai, il reprend son métier de tailleur, le 2, il ressent des douleurs dans le ventre, il y a de la contracture de la paroi. On sent une masse dure à deux travers de doigt au-dessus de l'extrémité supérieure de la cicatrice.

Repos absolu et compresses chaudes pendant deux jours.

Les douleurs et la fièvre cessent.

Le 6 mai. nouvelle crise, avec 39° 6 et coliques violentes ; le 9, tout rentre dans l'ordre jusqu'au 13.

Le 13, douleur ; température 39° 3 ; deux jours de calme puis nouvelles attaques le 21 et le 29.

Cinquième attaque le 21 juin.

La tumeur est étendue à tout le ventre.

Le 22 septembre, on fit une laparotomie médiane : l'épiploon est transformé en une masse ligneuse adhérente (1) à la paroi.

Cette masse incisée laissa voir les anses intestinales.

Nulle part, ni pus, ni fils. On draina avec plusieurs mèches de gaze.

Six semaines après, guérison complète.

Il reste encore un certain nombre d'observations que nous avons étudiées pour faire ce travail. Nous allons indiquer où sont publiées ces observations et leurs auteurs.

(1) Nous avons dit néanmoins qu'il s'agissait d'une épiploïte plastique simple, car il n'y a pas d'adhérences à l'intestin dans ce cas.

Ces indications bibliographiques ne sont pas toutes complètes ; pour les compléter, on se reportera au paragraphe Bibliographie.

Morestin, 4 (3 dans la *thèse* de Sauget, 1 dans la *Gaz. des hôpitaux*.)

Forgue, 3 (In *th.* de Roche.)

Bœckel, 4 (In *Revue de gynécol. et de chir. abdominale* et in *th.* de Sauget.)

Guinard, 4 (Soc. de chir., février 1899, 2 dans la *thèse* de Sauget.)

Reynier, 2 (Congrès français de chir., 1895 et *th.* de Roche)

Monod, 2 (1 in *thèse* de Roche, 1 in *thèse* de Sauget et Soc. de chir., 1899.)

Lucas-Championnière, 2 (Traité de la cure radicale.)

Tuffier, 1 (Soc. chir., février 1899.)

Berger, 2 (Soc. chir., février 1899.)

Willems, 1 (Soc. de chir. de Bruxelles.)

Dejardin, 5 (Soc. de chir. de Bruxelles.)

Mencières, 1 (*Gazette hebdomadaire*.)

Le Dentu, 4 (Clinique chirurgicale.)

Martel, 3 (*Loire médicale*.)

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE.

A. LE DENTU

Vu : LE DOYEN,

DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :

LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- BÖCKEL. — *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, Paris 1897, p. 479.
- BRUNET. — Épiploïte chronique et torsion de l'épiploon. *Th.*, de Paris 1899-1900, n° 600.
- CARNOT. — Les régénérations d'organes. Actualités médicales, Paris 1899, p. 65-73.
- CORNIL ET CARNOT. — *Bulletin de l'Académie de médecine* (1897-98), séance du 28 décembre 1897.
- DEJARDIN. — *Journal de chirurgie et annales de la Société de chirurgie belge*. Bruxelles, juin 1901, n° 6.
- DUPLAY. — Cliniques de l'Hôtel-Dieu. 2^e série Paris 1898, p. 260-275.
- GUINARD. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, séance du 15 février 1899.
- LATIS. — *Gazzetta degli ospedali*. Milan, décembre 1900.
- LE DENTU. — Clinique chirurgicale. Paris 1904, p. 415-427.
- LEVREY. — Du rôle de l'épiploïte aiguë ou chronique au cours des appendicites. *Thèse de doctorat*, Paris, 1898-99, n° 191.
- LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Traité de la cure radicale des hernies, p. 451 et nos 21 et 85 de la statistique. Paris, 1892.
- MARTEL. — *La Loire médicale*. Saint-Etienne, 15 mars 1902.
- MENCIÈRE. — *Gazette hebdomadaire*, 16 mai 1897.
- MILIAN. — *Gazette des hôpitaux*, 1^{er} juillet 1899.
- MONOD. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, séances du 8 et du 15 février 1899.

- MORESTIN. — *Bulletin de la Société anatomique*. 1899. p. 361.
et *Gazette des hôpitaux*. Paris, nos des 27 et 29 novembre
1900.
- PÉAN. — Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen.
Paris, 1888, t. I, p. 436-462.
- RENAUT. — *Traité d'histologie pratique*. Paris, 1888. t. I,
p. 263.
- REYNIER. — IX^e Congrès français de chirurgie. 1895. p. 487.
- ROCHE. — *Thèse*, Montpellier, 1895-96. Epiploïtes tardives consécutives à la cure radicale et à la kélotomie.
- ROGER. — *Introduction à l'étude de la médecine*. Paris, 1899.
p. 243-247.
- SAUGET. — Contribution à l'étude des épiploïtes consécutives à la cure radicale des hernies. *Thèse*, Paris, 31 mai 1899.
- SAUSSIÉ. — Phlegmon de la paroi abdominale et phlegmon ligneux. *Thèse*, Paris, 1903-1904.
- SCHNITZLER. — Ueber epiploitis im anchluss an operationen
Wiener Klinische Rundschau, 1900, p. 4, 30, 51.
- WILLEMS. *Journal de chirurgie et Annales de la Société*, etc.
Bruxelles, avril 1902, n^o 4.

TABLE DES MATIÈRES

Epiptoïtes consécutives à la cure radicale des hernies.

	Pages.
INTRODUCTION.....	7
HISTORIQUE.....	11
ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE.....	13
<i>Etiologie</i>	13
<i>Pathogénie</i> . — Infection directe par le chirurgien.....	14
Les fils de soie.....	15
Le catgut.....	18
Infection par l'opéré lui-même.....	19
L'épiploon.....	20
La résection de l'épiploon.....	22
Bactériologie.....	23
Conclusion.....	24
ANATOMIE PATHOLOGIQUE.....	26
<i>Anatomie macroscopique</i>	26
Formes principales	27
Forme suppurée.....	27
Epiptoïte avec adhérences.....	28
Epiptoïte de forme scléreuse.....	29
Formes mixtes	29
<i>Anatomie microscopique</i>	31
<i>Processus général de ces diverses lésions</i>	33
SYMPTOMATOLOGIE.....	37
EVOLUTION.....	43
<i>Epiptoïtes plastiques simples</i>	44
<i>Epiptoïtes avec adhérences</i>	46
<i>Epiptoïtes suppurées</i>	48

Ouverture spontanée à l'extérieur.....	50
Ouverture par le chirurgien.....	51
Ouverture dans l'intestin ou la vessie.....	52
<i>Fréquence relative de ces trois modes d'évolution.</i>	52
FORMES CLINIQUES. — Variations dans la date d'apparition....	53
Variation dans les symptômes.....	54
DIAGNOSTIC.....	56
COMPLICATIONS.....	60
PRONOSTIC.....	62
TRAITEMENT.....	64
Traitement préventif.....	64
Traitement curatif.....	68
Traitement des complications.....	73
OBSERVATIONS.....	75
Index bibliographique des observations publiées dans divers ouvrages, journaux, etc.....	90
BIBLIOGRAPHIE.....	91

IMPRIMERIE F. DEVERDUN, BUZANÇAIS (INDRE)
